

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR  
YANICK SARRAZIN

ETUDE DE L'ÉVOLUTION DE LA DEMANDE D'AIDE DANS  
LE CADRE D'UN PROGRAMME D'INTERVENTION PRÉCOCE

AOÛT 1998

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

Le programme d'intervention précoce les ateliers Cali-jours, institué en 1992, avait pour buts de promouvoir le développement d'enfants âgés entre 3 et 5 ans et d'accroître les compétences parentales chez leurs parents. Ce projet est une initiative du Centre Local de Services Communautaires de Drummondville qui s'insère dans sa programmation de soutien auprès des jeunes familles. Les enfants et les parents formant l'échantillon de recherche ont fréquenté les ateliers Cali-jours pendant sept rencontres, en raison d'une rencontre par semaine d'une durée de deux heures. L'objectif de la présente recherche a été de répondre à deux questions : (1) Quel est le contenu des demandes d'aide initiales formulées par le parent participant aux ateliers Cali-Jours?; (2) Est-ce que le contenu de la demande se modifie, voire évolue, du moment de la demande initiale au moment du Suivi (1 an)? Étant confronté à un thème jusqu'alors très peu étudié, la demande d'aide, la présente recherche est exploratoire. L'analyse qualitative proposée par Huberman et Miles (1991) a été retenue comme démarche d'analyse. Deux questionnaires ont été administrés aux parents participant aux ateliers. Les résultats concernant la première question démontrent qu'un pourcentage élevé des demandes initiales ont trait au thème du contrôle et des limites. Pour ce qui concerne l'évolution des demandes d'aides, on dénombre initialement plus de demandes concerne l'enfant que le parent bien qu'on observe un phénomène inverse par la suite.

## Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	iii
Listes des figures	v
Remerciements	vi
Introduction	1
Chapitre 1: Contexte théorique et expérimental	4
1.1 Le contexte politico-social du Québec en matière de soutien aux parents et d'intervention précoce	5
1.2 L'intervention précoce	8
Le spectre des services d'intervention en santé mentale	8
La prévention et la promotion en santé mentale	9
L'intervention précoce	11
Un programme d'intervention précoce : les ateliers Cali-jours	12
1.3 L'approche systémique	14
Un bref historique du courant systémique	14
Le renouvellement épistémologique	16
La théorie générale des systèmes et la cybernétique appliquées à la famille	18
Les concepts de normalité et de pathologie	19
Vers un nouveau paradigme psycho-communautaire	20
1.4 Le contexte de la demande d'aide	22
La demande explicite	22
Le symptôme	24
La demande implicite	26
L'hypothèse familiale et l'hypothèse systémique	30
Les variables liées au demandeur, au problème et à l'organisme social	34
1.5 Les recherches qualitatives	37
Quelques caractéristiques essentielles de l'analyse qualitative	37
La valeur des données qualitatives	40
1.6 Problématique	43
1.7 But de la recherche	47

Chapitre 2 : Méthode	48
2.1 Participants	49
2.2 Instruments de mesure	51
2.3 Procédure	53
Chapitre 3 : Résultats	55
3.1 L'analyse des données	56
3.2 Présentation des résultats	67
Chapitre 4 : Discussion	80
Conclusion	93
Références	97
Appendices	105
Appendice A : Questionnaire d'Entrevue d'Accueil (Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Gagnier et Désaulniers, 1995)	106
Appendice B : Questionnaire du suivi (1 an) (Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Gagnier et Désaulniers, 1997)	108
Appendice C : Extrait verbatim des données condensées	110

## Liste des figures

### Figure

1	Le spectre de l'intervention en santé mentale pour les désordres mentaux (traduction libre) (IOM, 1994)	9
2	Site #1 : les demandes concernant la mère	68
3	Distribution des demandes concernant la catégorie «relation mère-enfant»	69
4	Distribution des demandes concernant la catégorie «compétences parentales»	70
5	Site #2 : les demandes concernant l'enfant	72
6	Distribution des demandes concernant la catégorie «socialisation»	73
7	Distribution des demandes concernant la catégorie «l'auto-contrôle»	74
8	Distribution des demandes concernant la catégorie «sphères développementales»	75
9	La demande initiale : l'ensemble des demandes concernant la mère et l'enfant	76
10	L'évolution globale de la demande d'aide	77
11	L'évolution de la demande d'aide selon chaque catégorie	79

### Remerciements

L'auteur désire exprimer sa reconnaissance à Monsieur Jean-Pierre Gagnier, professeur au Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, directeur de cette recherche, pour son support et ses conseils judicieux. Ces remerciements s'adressent également à Carine Doucet et Chantal Pontbriand, assistantes de recherche de la présente étude, qui ont investi beaucoup de temps et d'énergie afin d'assurer le succès de cette recherche. Enfin, l'auteur tient à remercier Monsieur Germain Couture, professionnel de recherche du Groupe de Recherche en Développement de l'Enfant et de la Famille (GREDEF) de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son aide précieuse.

## Introduction



Bien que constituant des préoccupations récentes, le soutien aux jeunes familles et l'intervention précoce font l'objet de nombreuses réflexions dans les milieux scientifiques et les milieux d'intervention. En fait, le soutien aux jeunes familles et l'intervention précoce sont au centre des nouveaux défis en matière de politiques familiales (Chamberland et al., 1996; MSSS, 1995; Ninacs, 1994). Attentive au contexte actuel de mutation des services sociaux et de la pratique en psychologie, la présente recherche tente d'analyser le contenu et l'évolution des demandes d'aides formulées par des parents participant à un programme d'intervention précoce.

Plus spécifiquement, cette étude a pour objectif, d'un part, d'analyser le contenu de la demande d'aide initiale des parents participant au programme d'intervention précoce du Centre Local de Services Communautaires de Drummondville, d'autre part, d'analyser si cette demande se transforme entre le moment de la demande initiale et le moment du Suivi (1 an).

Ce mémoire s'inscrit dans une étude plus vaste visant à réaliser une description détaillée des caractéristiques des enfants fréquentant le programme d'intervention précoce mentionné ci-haut et d'explorer l'interaction des facteurs de risque et de protection en tenant compte des variables individuelles, psychologiques, environnementales et sociales (Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu et Gagnier, 1996).

Le premier chapitre présente des concepts théoriques qui ont trait à la thématique de la demande d'aide dans un contexte d'intervention précoce. La section initiale de ce chapitre brosse un portrait de la situation actuelle du Québec en matière de politique familiale et l'intervention précoce. La seconde section propose une description du programme Cali-jours (CLSC Drummondville) ainsi que des concepts associés à l'intervention précoce. La troisième et la quatrième section présentent respectivement une revue de la documentation scientifique sur l'approche systémique et la demande d'aide. La section traitant de l'approche systémique vise essentiellement à introduire des concepts clés dans l'étude de la demande d'aide tels la notion de symptôme, de contexte et d'hypothèse. Enfin, la dernière section de ce chapitre présente divers aspects théoriques se rattachant à la méthode employée, soit l'analyse qualitative.

Le chapitre 2 expose la méthode employée: la description des participants, de la procédure et des instruments de mesure.

Le chapitre 3 présente l'analyse des données et les résultats obtenus.

Enfin, dans le chapitre 4, l'auteur commente les résultats, la méthode employée ainsi que la portée et les limites de l'étude.

Contexte théorique et expérimental

Dans un premier temps, ce chapitre expose le contexte politico-social au Québec en matière de soutien aux parents et d'intervention précoce. Ensuite, quelques définitions et descriptions se rapportant à l'intervention précoce sont présentées. Les ateliers Cali-jours, faisant l'objet d'une analyse dans la présente étude, sont par la suite détaillés. Dans un autre temps, certaines notions de l'approche systémique sont décrites afin d'introduire et d'ancrer des concepts qui seront abordés ultérieurement. Le contexte relatif à la demande d'aide et la recherche qualitative sont par la suite définis et expliqués. En fin de chapitre, la revue de la documentation guide la formulation des questions relatives à la présente recherche.

### Le Contexte Politico-social au Québec en Matière de Soutien aux Parents et d'Intervention Précoce

Dans le cadre d'un ouvrage portant sur l'idéologie et l'évolution des réponses d'un centre de consultation familiale, Poisson (1991) soutient que toute pratique s'inscrit dans un contexte social, médico-social, culturel et institutionnel. Or, au Québec, nous sommes actuellement confrontés à une période de forte mutation politico-sociale. On assiste depuis le début des années 90 à un virage préventif qui fût mené par le Ministère de la Santé et des Services sociaux via la publication du livre blanc (*Une Réforme axée sur le citoyen*, 1990) et des nombreux ouvrages qui en découlent: le *Rapport du Groupe de travail pour les jeunes* (1991), le *Plan d'action en matière de politique familiale* (1992), la *Politique de la santé et du bien-être* (1992), la *Politique de périnatalité*

(1993), la *Situation des ressources et services du C.L.S.C. auprès des enfants de 0-11 ans* (1993) et le guide *Le jeune enfant et ses parents... une croissance et des compétences à valoriser et à soutenir* (1995). Le soutien aux jeunes familles, la prévention des problèmes d'adaptation ainsi que la promotion du développement cognitif, affectif et social des enfants âgés entre 2 et 4 ans sont au cœur de ce virage. De surcroît, le gouvernement du Québec reconnaît l'apport crucial des organismes communautaires dans la réalisation de cette visée :

Les organismes communautaires contribuent aujourd'hui à la prestation directe de services et au raffermissement des liens communautaires. Ils renouvellent et diversifient les approches et les moyens d'action. Ce faisant, ils s'avèrent particulièrement aptes à répondre aux nouveaux besoins. L'ampleur, la qualité et l'originalité de leur action sont telles qu'il n'est plus possible d'interpréter la santé et le bien-être à travers le seul prisme des interventions publiques. (MSSS, 1990, p.59)

Dans l'optique d'une réforme des services en matière de politiques familiales, la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992) porte principalement sur trois objectifs:

Le premier objectif de cette politique vise à réduire l'abus, la violence et la négligence à l'endroit des enfants et à atténuer les conséquences de ces problèmes, d'une part, par des actions préventives mieux ciblées pour réduire les problèmes à la source, d'autre part, par la valorisation et un meilleur soutien des parents dans leur rôle.

Le deuxième objectif de la Politique de la santé et du bien-être vise la réduction de 4% des bébés de petits poids, grâce à une alimentation adéquate durant la grossesse et à l'amélioration de la qualité du suivi prénatal.

Le troisième objectif vise la diminution du nombre d'enfants en bas âge présentant des difficultés de croissance et de développement. (MSSS, 1995; p.2)

Afin d'atteindre les objectifs mentionnés ci-haut, le ministère se tourne principalement vers les Centres Locaux de Services Communautaires. D'une part, le gouvernement du Québec encourage l'élaboration de services et de programmes portant sur l'accompagnement et le soutien aux parents: des services psychosociaux et de santé s'adressant aux femmes enceintes, aux pères et aux enfants de bas âge, des ressources de répit et d'aide naturelle et des programmes visant à valoriser et développer des compétences parentales. D'autre part, le ministère recommande aux divers C.L.S.C. d'offrir des services et des programmes en matière de stimulation et d'intervention précoce: l'intégration de l'enfant à un milieu stimulant son développement, des services éducatifs, des programmes visant à stimuler le développement des jeunes et un support auprès des personnes oeuvrant dans les services de garde à l'enfance.

Finalement, le ministère précise que ce virage préventif est garant d'une action proactive. De même, dans son guide *Le jeune enfant et ses parents... une croissance et des compétences à valoriser et à soutenir* (MSSS, 1995), le ministère soutient que les services doivent être offerts sans qu'il ait eu préalablement une demande d'aide et avant que la situation atteigne des proportions démesurées aux yeux de la famille et du réseau social. Dit autrement, le gouvernement propose d'intervenir plus tôt et sans qu'il y ait eu une demande formelle.

## L'Intervention Précoce

Dans la section suivante, l'auteur situe l'intervention préventive dans le continuum de prestation de services. Dans un second temps, cette section présente la notion de prévention et de promotion en santé mentale. Ensuite, l'auteur définit les concepts d'intervention précoce et de stimulation précoce. Enfin, une dernière section expose les différentes facettes du programme d'intervention précoce les ateliers Calijours (CLSC Drummondville).

### Le Spectre des Services d'Intervention en Santé Mentale

Le Comité en matière de prévention des désordres mentaux (IOM, 1994) propose un système de classification regroupant les différents niveaux d'intervention en santé mentale. Ce système de classification est composé de trois grandes catégories : la prévention, le traitement et le maintien (Figure 1). Telle que décrite dans ce modèle, la prévention vise à diminuer l'apparition de nouveaux cas de désordre mental en intervenant directement sur les facteurs de risque et de protection. Le traitement, quant à lui, s'applique lorsqu'une personne présente un trouble répondant aux critères diagnostiques du DSM-IV et qui nécessite une intervention de nature thérapeutique (thérapie, médication, groupe de support). C'est une intervention dite «curative» qui vise à dépister et à traiter les problèmes à la source, c'est-à-dire dès leur apparition. Enfin, le maintien se présente sous forme de support, de programme éducationnel ou de

traitement pharmacologique à long terme. Ce type d'intervention vise à freiner la détérioration de la condition de santé mentale ou à éviter les complications d'un désordre chronique.

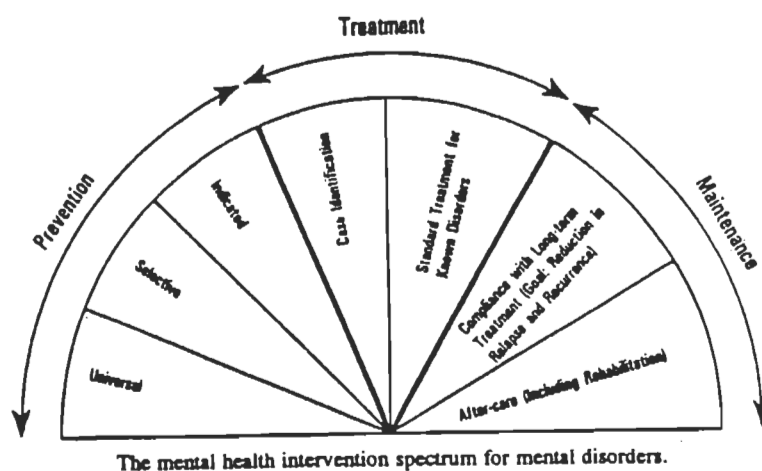


Figure 1. Le spectre de l'intervention en santé mentale pour les désordres mentaux (traduction libre) (Institute of Medicine, 1994).

### La Prévention et la Promotion en Santé Mentale

Le contexte actuel de réforme sociale et politique a amené le gouvernement du Québec à poser des actions favorisant, d'un côté, la promotion du développement harmonieux des diverses constituantes de la cellule familiale, et de l'autre, la prévention de la mésadaptation (MSSS, 1995).



Selon Blanchet, Laurendeau, Paul et Saucier (1993), en effectuant des activités de promotion en santé mentale, l'intervenant communautaire poursuit l'objectif suivant:

(...) l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé mentale. Son action porte sur les déterminants de la santé plutôt que les facteurs de risque, et vise la population générale ou les sous-groupes particuliers. (p.15)

Quant à la prévention, elle a pour but d'éviter ou de diminuer les problèmes de santé et de bien-être psychologique par le dépistage ou la réduction des facteurs de risque (Farber, Felner, Jason et Moritsugu, 1983). Elle s'adresse à l'ensemble de la collectivité ou à des individus présentant des indices de vulnérabilité personnelles ou contextuelles (Blanchet, Laurendeau, Paul et Saucier, 1993).

Diverses études démontrent que la prévention et la promotion en santé mentale rapportent de plus grands bénéfices que les interventions curatives et ce, tant sur le plan économique que du pronostic (Alary et Éthier, 1996; Gagné, 1994). Ceci dit, la prévention et la promotion ont comme points en commun que: (1) leurs actions sont orientées vers la communauté; (2) la démarche est proactive; (3) les stratégies sont multiples et complémentaires; (4) les responsabilités sont réparties entre les dirigeants, les intervenants et la communauté (Blanchet, Laurendeau, Paul et Saucier, 1993).

## L'Intervention Précoce

Selon le dictionnaire Robert (1988), l'intervention consiste à *«prendre part à une action, à une affaire en cours, dans l'intention d'influencer sur son déroulement.»* (p.553) D'autre part, le terme «précoce» est généralement associé aux enfants âgés entre 0 et 6 ans.

Legendre (1988) définit l'intervention précoce de la façon suivante:

[C'est une] action menée conjointement par les parents, les professionnels de l'éducation, les spécialistes de la santé, etc. auprès de l'enfant en bas âge, en vue de pallier au retard de son développement et de prévenir à temps les difficultés d'apprentissages susceptibles d'entraver son cheminement ultérieur. (p. 334)

Par ailleurs, le terme «stimulation» est souvent associé à l'intervention précoce. La stimulation se définit comme une intervention qui vise à inciter l'enfant à explorer une nouvelle voie, à essayer quelque chose de nouveau ou à exploiter d'une manière différente une situation du quotidien (MEQ, 1978). Selon Pineault et Poulin (1983), la stimulation précoce comporte deux significations distinctes:

(...) d'une part, une signification d'intervention lorsque l'enfant présente des carences, des manques; d'autre part, une signification d'enrichissement, quand celui-ci a atteint un certain stade de son développement et qu'il se prépare à joindre le suivant. (p.5)

### Un Programme d'Intervention Précoce : les Ateliers Cali-jours

Le programme d'intervention précoce les ateliers Cali-jours est une initiative du Centre Local de Services Communautaires de Drummondville qui s'insère dans le cadre de sa programmation de services de soutien auprès des familles<sup>1</sup>. Implantés en 1992, ces ateliers sont offerts aux parents ayant des enfants âgés entre 3 et 5 ans (avant le début de la maternelle). Le programme vise principalement à promouvoir le développement des enfants et des compétences parentales à partir d'une série d'ateliers. Plus spécifiquement, les ateliers sont répartis sur sept rencontres d'une durée de deux heures, en raison d'une rencontre par semaine. Il est à noter que les groupes sont composés d'environ 7 enfants et de leur(s) parent(s). Au cours de ces rencontres, une première partie (30 minutes) est consacrée aux parents en compagnie de leur(s) enfant(s) (atelier «parents-enfants»), tandis qu'une seconde partie (1h30) est consacrée au parent (atelier «parents») et à l'enfant (atelier «enfants») de façon simultanée. Chaque atelier est co-animé par une intervenante sociale, une infirmière ou une psycho-éducatrice.

Les ateliers «parents-enfants» visent principalement à ce que le parent et l'enfant se retrouvent ensemble dans un cadre de jeu propice à des observations et des interventions spontanées. Dit d'une autre manière, l'intervenant cherche à établir un

---

<sup>1</sup> Programme Cali-jours, document maison (1992)

climat susceptible de favoriser l'émergence et le développement d'habiletés pour jouer avec son enfant et pour se situer en tant qu'adulte participant.

Les ateliers «parents» visent essentiellement à améliorer la qualité de la relation parent/enfant. Plus spécifiquement, les intervenants tentent d'augmenter la confiance du parent dans ses interventions auprès de son enfant, de permettre au parent de réaliser l'importance des besoins biologiques, sociologiques et psychologiques de l'enfant, ainsi que de diminuer l'isolement. De même, deux à trois intervenants abordent différents thèmes avec les parents concernant le développement de l'enfant et les compétences parentales. C'est un milieu d'échange où les parents peuvent discuter de ce qui les préoccupe plus particulièrement: l'éducation des enfants, les relations familiales, etc. Pendant ce temps, les enfants participent à des ateliers de stimulation précoce en compagnie de deux intervenants. Chaque atelier avec les enfants comporte 6 activités : (1) une collation; (2) lavage de mains; (3) jeux libres; (4) activités dirigés; (5) ramasser le matériel avec les enfants; (6) jeux libres. Cette séquence d'activités constitue une ligne directrice qui vise à accompagner l'enfant dans son développement personnel, tout en laissant libre cours à ses initiatives et sa créativité. Voici les différents objectifs des ateliers «enfants» : (1) Observer les difficultés particulières chez l'enfant afin que par la suite l'intervenant puisse discuter avec le parent de moyens d'intervention ou d'avenues possibles; (2) Permettre à l'enfant de développer ses habiletés, connaissances et prérequis nécessaires à son développement (motricité fine, langage, mémoire visuelle-auditive, schémas corporel, classification, sériation, etc...); (3) Au besoin, référer

certaines enfants vers des ressources spécialisées; (4) Favoriser la socialisation; (5) Favoriser l'utilisation de matériel-maison tout en aidant l'enfant à l'explorer.

L'intervention précoce telle que véhiculée dans le projet Cali-jour s'inscrit dans une démarche de prévention et de promotion en santé mentale.

### L'Approche Systémique

La section suivante fait un survol de diverses notions se rattachant à l'approche systémique afin de permettre au lecteur de se familiariser avec des concepts qui sont, à notre avis, intimement reliés à la demande d'aide. Ainsi, l'introduction de certains concepts clefs tels «rétroaction», «symptôme» et «patient désigné» devrait permettre par la suite de tisser des liens entre certaines prémisses théoriques et des objectifs de la présente recherche.

### Un Bref Historique du Courant Systémique

Ce fut grâce au développement marqué de diverses disciplines telles la biologie, l'informatique et la cybernétique que l'approche systémique émergea vers la fin des années 40 (Éthier, 1983). L'articulation théorique initiale de cette approche s'inspire principalement de la théorie générale des systèmes de Bertalanffy (1956) et de la cybernétique de Wiener (1948).

Dans le cadre de sa théorie générale des systèmes, Bertalanffy cherche à expliquer les systèmes naturels en terme d'*organisation*. Un système est défini de la façon suivante: «[c'est] *un ensemble d'éléments délimité par une frontière plus ou moins perméable, comportant outre les éléments, un réseau de transport et de communication (...)*» (Pluinage, 1982, p.194). Bertalanffy adopte une approche holistique pour décrire la dynamique qui se forme entre les divers éléments d'un système: le fonctionnement de l'ensemble d'un système est plus que le fonctionnement de chacun de ses éléments (voir Ionescu, 1991). Bertalanffy précise que la dynamique entre les divers éléments joue une fonction de préserver l'équilibre du système. C'est ce qu'on appelle en systémique l'équilibre fonctionnel du système. Finalement, la théorie générale des systèmes établit que l'équilibre de certains systèmes peut être modifié par des facteurs internes et externes (systèmes ouverts), alors que d'autres se limitent aux interactions internes (systèmes fermés).

Grâce à ses découvertes ingénieuses en cybernétique, Wiener contribua lui aussi à la création de l'approche systémique. La cybernétique est définie comme «*l'étude des fonctions de contrôle et de communication, tant pour le comportement de l'homme et de l'animal, que pour les systèmes électromécaniques qui peuvent s'y substituer.*» (Pieron, 1990, p. 105)

Au coeur de la cybernétique se trouve le processus circulaire de rétroaction. La rétroaction est en quelque sorte une réponse adaptative du système face aux nouvelles informations internes et externes qu'il reçoit. Le système peut soit rétroagir négativement par une rigidification de son fonctionnement ultérieur (rétroaction négative), soit rétroagir positivement en rompant son équilibre provisoirement afin d'en atteindre un nouveau (rétroaction positive). En d'autres mots, dans le cas où une nouvelle information circule dans le système, son équilibre est momentanément menacé: le système a alors le choix de maintenir son organisation passée ou de modifier celle-ci à la faveur d'une nouvelle définition des divers éléments le constituant. Le processus est dit circulaire puisque la causalité circulaire établit que tout effet produit à son tour un effet sur la cause première (Éthier, 1983), ainsi que sur tous les autres éléments liés au contexte donné. Ce modèle s'oppose par le fait même à la vision causale linéaire qui a gouverné depuis quelques siècles, et gouverne bien souvent à ce jour, notre mode de pensée (Andolfi, 1982).

### Le Renouveau Épistémologique de l'Approche Systémique

Au cours des 40 dernières années l'approche systémique a elle-même connu une révision épistémologique dans laquelle s'inscrit la cybernétique de second ordre et qui porte principalement sur deux prémisses (Onnis, 1991) : (1) le passage d'un modèle homéostatique à un modèle évolutif, (2) le passage d'un modèle des systèmes «observés» à un modèle des systèmes «auto-observants».

Premièrement, on dénote en systémique un passage d'un modèle homéostatique à un modèle dynamique ou encore évolutif (Onnis, 1991). Au coeur de ce passage se trouve le principe suivant: plutôt que de se centrer uniquement sur la tendance au maintien du système (rétroaction négative), on doit considérer à sa juste mesure la capacité de changement du système (rétroaction positive). Dit d'une autre manière, le modèle d'équilibration homéostatique doit rendre compte de la créativité que démontrent certains systèmes dans leurs tentatives de résolution de conflits (Ausloos, 1981). Comme le mentionne Ausloos (1981), en attribuant la tendance au non-changement à la notion d'homéostasie, les tenants de l'approche systémique ont confondu les concepts d'invariance et de constance.

Deuxièmement, on observe en systémique un passage d'un modèle où l'intervenant est observateur (et ainsi neutre et détaché) à un modèle auto-référent (Onnis, 1991). Au coeur de ce modèle renouvelé se trouve le principe suivant: en faisant partie du système qu'il observe, l'intervenant participe activement à sa propre observation (Onnis, 1991). Dans cette nouvelle perspective, l'organisation du système thérapeutique s'exprime à la fois par les règles de fonctionnement explicites comme implicites du système-problème et par l'aspect auto-référentiel de l'intervenant, ce dernier ne pouvant séparer ses expériences personnelles de la situation qu'il décrit. Ainsi, la manière d'être et d'agir de l'intervenant influencera directement la problématique perçue (Ausloos, 1991). En fait, le modèle auto-référent, c'est le passage de l'intervenant qui se représente une réalité à celui qui la co-construit (Onnis, 1991).



## La Théorie Générale des Systèmes et la Cybernétique Appliquées à la Famille

Depuis sa création, plusieurs chercheurs-cliniciens ont contribué à l'élaboration et à l'application de l'approche systémique dans le domaine de la psychologie, tout particulièrement en ce qui concerne la thérapie familiale: Ackerman, Satir, Haley, Jackson, Andolfi, Goffman, Watzlawick, Weakland, Selvini Palazzoli, Prata, Cecchin, Minuchin, etc. Or, ce qui unit l'ensemble de ces auteurs c'est d'abord, et avant tout, un intérêt marqué à l'égard de l'interaction individu-milieu. Plus spécifiquement, ces divers chercheurs-cliniciens étudient les interactions familiales selon les lois qui régissent les systèmes naturels (Andolfi, 1982; Éthier, 1983; Pluvinage, 1982). La famille est un tout dynamique dans lequel le comportement de chacun des membres dépend du comportement de tous les autres (Éthier, 1983).

L'approche systémique conceptualise la famille comme un système ouvert. Ce système est formé d'éléments qui sont maintenus ensemble par des règles dynamiques (Andolfi, 1982). Ces règles explicites et implicites que la famille communique entre ses membres au fil du temps lui permet de structurer ses interactions. Ainsi c'est à partir de ces règles que les membres du système apprennent ce qu'ils peuvent faire et ne pas faire à l'intérieur de la relation (Andolfi, 1982). Les règles familiales ont donc comme fonction de préserver l'équilibre du système. De même, lorsque l'organisation du système est modifiée, les éléments sont appelés à prendre un nouveau rôle afin de rétablir l'équilibre.

### Les Concepts de Normalité et de Pathologie

Dans l'optique systémique, la famille qui évolue «sainement» répond à la fois aux besoins développementaux de chacun de ses membres ainsi qu'aux exigences de l'environnement (Éthier, 1983). C'est un système qui présente un juste équilibre entre la tendance au changement et la tendance au maintien; un système familial à interactions flexibles (Ausloos, 1981).

Par ailleurs, une famille dont les règles gouvernent la conduite de chacun et que les rôles idiosyncratiques sont statiques (Éthier, 1983), ou à l'inverse, une famille qui ne présente aucune stabilité, favorise l'émergence d'un symptôme psycho-pathogène. Selon Ausloos (1981), ces familles à caractère symptomatique constituent, dans le premier cas, un système à interactions rigides, et dans le second, un système à interactions chaotiques. Ainsi, l'approche systémique conçoit le symptôme comme un phénomène relationnel plutôt qu'individuel.

Dans le cas où un membre présente un symptôme, la structure du système familial est momentanément rompue afin d'atteindre un nouvel état d'équilibre. Ce nouvel équilibre amène soit une nouvelle organisation du système (rétroaction positive), soit une rigidification du fonctionnement ultérieur (rétroaction négative) qui contribuera à maintenir le symptôme en place (Éthier, 1983). Ainsi, le maintien d'un trouble psychopathologique, voire la cristallisation du symptôme, est la manifestation d'un

système rigide (système fermé) présentant des «*patterns redondants de changement*» (Ionescu, 1991, p.83). On parle alors de système familial dysfonctionnel. Comme le souligne Éthier (1983), «*la personne dite inadaptée est toujours adaptée à un système qui lui, peut être pathologique à bien des égards.*» (p.131) Le patient désigné est par définition l'individu porteur de la dysfonctionnalité d'un système familial (Onnis, 1991), ou encore, d'un système périphérique comme l'école, les pairs, etc. (Edmond et Picard, 1984; Selvini, 1987).

#### Vers un Nouveau Paradigme Psycho-communautaire

En accord avec les nouvelles politiques sociales que connaît le Québec actuellement, l'approche systémique soutient qu'il est nécessaire pour l'intervenant d'établir des contacts directs avec la communauté (Andolfi, 1982; Aponte, 1980).

D'abord, bien que les tenants de l'approche systémique s'intéressent avant tout à la famille comme système, plusieurs auteurs soutiennent que le système familial n'est pas isolable du contexte social dans lequel il s'inscrit (Edmond et Picard, 1984; Selvini Palazzoli, 1987). Dans cette perspective, l'unité d'analyse passe non seulement de l'individu à la cellule familiale, mais également de l'individu à son milieu social.

Ensuite, en agissant directement dans la communauté cela permet d'éliminer l'étiquetage, l'aliénation et l'oppression que ressentent le patient désigné et sa famille, tout en permettant aux autres groupes sociaux d'assumer leurs responsabilités (Andolfi, 1982).

Enfin, comme le vaste mouvement antipsychiatrique italien a tenté de faire dans les années 60, la présence des intervenants systémiques dans les milieux communautaires permet d'acquérir une nouvelle conception de la pensée causale, de la santé mentale et du rôle des professionnels (Andolfi, 1982). D'ailleurs, en 1993 le Comité de la santé mentale du Québec a publié un ouvrage qui présente la promotion et la prévention sous un nouveau jour (Gagné, 1994). En effet, cette publication aborde la question de la prévention et de la promotion en santé mentale au Québec dans une perspective multidimensionnelle, ne se contraignant pas ainsi à un mode de pensée biomédical. Comme le soulignait il y a déjà plus d'une quinzaine d'années Blanchet, Desmarais, Mayer et Roy (1981): *«toute prise en charge qui ne s'adresse qu'aux manifestations biologiques, psychologiques ou sociales sans référer constamment aux trois autres niveaux évacue, d'après nous, des dimensions importantes de la réalité.»* (p.114)

Dans la prochaine section nous aborderons le contexte de la demande d'aide. L'ensemble des considérations énoncées précédemment est susceptible de nous permettre de mieux entrevoir les liens entre la demande d'aide et les contextes dont elle émerge.

## Le Contexte de la Demande d'Aide

Nous partageons l'avis de Bourassa et Rochers (1989) qui veut qu'une demande d'aide ne se limite pas à ce qui est sollicité par un individu s'adressant à un service public ou privé. Pour cette raison, nous vous présentons la notion de demande selon les aspects suivants : la demande explicite, le symptôme, la demande implicite, l'hypothèse familiale et systémique, et finalement, les variables liés au demandeur, au problème et à l'organisme social pouvant influencer la demande. Voici, tout d'abord, une définition de la demande telle que proposée par Bourassa et Rochers (1987) :

La demande c'est un processus de communications [...] laissant connaître un désir de changement manifesté par un ou des individus, faisant partie d'un système et destiné à un agent extérieur à la situation symptomatique. (p.166)

### La Demande Explicite

La formulation de la demande d'aide familiale, le motif de consultation, est plus souvent qu'autrement élaboré en fonction des problèmes émotifs et/ou comportementaux que présente l'enfant (Pauzé et al., 1987; Sidney, 1991; Tolan, 1990). Selon Pauzé et Roy (1989) ce contenu invoqué par la famille constitue la demande explicite. Cette démarche est habituellement entreprise par le parent le plus investi auprès de l'enfant, c'est-à-dire généralement la mère (Benoit, 1995).

Ayant effectué une revue de l'ensemble des études portant sur la quête d'assistance professionnelle face à des problèmes psychologiques, Abramowitz, Fischer et Winer (1983) rapportent 5 étapes dans l'élaboration d'une demande d'aide. La première étape consiste à reconnaître l'existence d'un problème et d'une menace face au bien-être d'un ou plusieurs membre(s) de la famille. La seconde étape consiste à chercher diverses alternatives pour résoudre le problème perçu: (I) attendre que le problème se résolve par soi-même sans effectuer d'action spécifique; (II) rectifier soi-même le problème par des initiatives personnelles; (III) demander une aide informelle à certains individus de l'entourage; (IV) demander une aide formelle à un organisme ou à un professionnel. À la troisième étape l'individu prend la décision de demander ou pas une aide formelle. Selon Abramowitz, Fischer et Winer (1983) divers facteurs sous-tendent cette décision de demander de l'aide: (a) des facteurs liés à l'organisme ou au professionnel: le coût, la qualité de l'aide offerte, la crédibilité, les inconvénients pratiques, etc.; (b) des facteurs sociaux: la réaction anticipée de l'entourage, le fait d'être étiqueté, etc.; (c) des facteurs personnels: le degré de dépendance, le degré de confiance en soi, l'intensité et la durée des symptômes perçus, etc. La quatrième étape consiste en l'apparition d'un événement significatif au sein du système familial: la présence accrue du symptôme, une information reçue sur l'efficacité d'un organisme ou d'un professionnel, l'expression par certains membres de la famille proche ou élargie d'un support humain dans le cas d'une demande d'aide, etc. Finalement, la dernière étape consiste en l'action proprement dite de demander de l'aide à un organisme social ou à un professionnel.

## Le Symptôme

Comme il a été vu précédemment, la demande explicite que formule la famille lors du premier entretien correspond généralement aux symptômes présentés par le patient désigné, soit en l'occurrence l'enfant (Onnis, 1980; Pauzé et al., 1987). Selon une perspective systémique, le symptôme est défini comme un comportement exprimant un trouble relationnel au sein du système familial (Onnis, 1991), ou encore, d'un système périphérique comme l'école, les pairs, etc. (Edmond et Picard, 1984; Ionescu, 1991; Selvini, 1987). Certains auteurs prétendent que les comportements symptomatiques de l'enfant ont comme fonction initiale de préserver la stabilité et la cohésion du système puis finissent graduellement par se cristalliser de par un fonctionnement répétitif et rigide (Andolfi, Angelo, Menghi et Nicolo, 1985). À ce titre, Ausloos (1995) affirme que *«c'est parce que les membres du système et le sujet privilégient (un) comportement qu'ils se fixent sur le symptôme, qu'ils contribuent à fixer ce comportement comme symptomatique.»* (p.137)

Pour sa part, Pauzé (1991) a analysé l'évolution de la notion de symptôme telle que décrite dans la documentation systémique au cours des années 80. Pauzé (1991) s'est penché plus particulièrement sur l'émergence du symptôme, son sens et sa fonction. D'abord, Pauzé (1991) rapporte que la plupart des systémiciens s'entendent pour dire que le symptôme survient lors d'une rupture de l'équilibre fonctionnel d'un système.

Cette rupture est attribuable à un événement perturbateur provenant de l'intérieur ou de l'extérieur du système qui occasionne une rigidification du fonctionnement ultérieur (rétroaction négative), ou à l'inverse, une expansion du système (rétroaction positive). Ensuite, selon Pauzé (1991) les auteurs en systémique partagent le même point de vue en ce qui concerne le sens qu'on doit attribuer au symptôme. Ainsi, la plupart considèrent que le symptôme représente une information exprimant un malaise au sein d'un système. En fait, dès 1952 Fromm-Reichmann reconnaissait la nature communicative du symptôme (dans Watzlawick, Beavin et Jackson, 1972 p.78). Enfin, selon qu'on se situe dans une perspective de première ou de seconde cybernétique, le symptôme a soit une fonction régulatrice (homéostatique) ou une fonction de mise en crise (évolutive). Or, selon certains auteurs, il est concevable de concilier ces deux positions pourtant antagonistes. Ainsi, comme nous l'indique Onnis (1980), le comportement symptomatique peut être à la fois, et paradoxalement, une demande de changement et un mode rigide d'adaptation.

Par ailleurs, Ausloos (1986) soutient qu'il est essentiel de s'arrêter au symptôme tel que formulé par la famille pour les deux raisons suivantes: (1) la famille a des attentes précises vis-à-vis l'intérêt que doivent porter l'intervenant et les organismes sociaux face au symptôme perçu; (2) le symptôme comporte une multitude d'informations sur le patient désigné, sur son rôle et sur le fonctionnement de l'ensemble de l'écologie familiale. Dans un article plus récent, Ausloos (1991) précise que le symptôme fournit des informations à la fois de nature sémantique «*Que me montre le*



*symptôme?»*, syntaxique «*À qui le montre-t-il et selon quelles règles*» et pragmatique «*Avec quels effets?*». Benoit (1995) va dans le même sens lorsqu'il affirme que le symptôme comportemental fournit substantiellement des données relationnelles.

### La Demande Implicite

Certains auteurs s'entendent pour dire qu'il existe un contexte ayant amené une demande d'aide qui va au-delà des symptômes présentés (Ausloos, 1991; Benoit, 1995; Onnis, 1984; Poisson, 1991). Selon Pauzé et al. (1987), ce contexte, souvent dissimulé par la famille lors de l'entretien initial, constitue la demande implicite ou encore les enjeux du demandeur. Or, cette information s'avère indispensable en ce qui attrait à la lecture que nous devons faire de la demande (Bourassa et Rochers, 1989).

La demande d'aide est généralement entreprise lorsque les solutions amenées par certains membres de la famille se sont révélées stagnantes (Selvini, 1987). De plus, le fait de formuler une demande d'aide est souvent occasionné par des événements spécifiques ayant affecté une partie sinon l'ensemble du système demandeur (Pauzé et Roy, 1989). Ce sont souvent les conflits familiaux entourant la conduite du patient désigné qui engendrent une demande d'aide (Pauzé et al., 1987). De même, pour les diverses raisons mentionnées ci-haut, la demande d'aide est presque toujours entourée de confusion, de désarroi, d'hésitation et de contraintes (Benoit, 1995). Pour leur part,

Bourassa et Rochers (1989) soutiennent que la demande s'inscrit dans un processus qui émane lors d'une crise transitoire du système familial.

Quels liens pourraient exister entre la demande implicite et le désir de changement? Duruz (1987) soutient que lorsqu'on prend en compte le contexte d'une demande il est essentiel de s'attarder aux désirs sous-jacents des divers individus impliqués dans la problématique présente afin d'évaluer les ressources dont chacun dispose et de déceler d'éventuels conflits pouvant nuire à la démarche d'aide. On a qu'à penser aux parents qui consultent en raison de fortes pressions provenant du milieu scolaire. Dans un tel contexte l'intervenant risque de trianguler. De plus, le désir de changement risque d'être moindre pour certain, sinon l'ensemble, des membres de la famille. Dans le même ordre d'idée, Ausloos (1983) affirme que la composante implicite de la demande porte sur l'ensemble des enjeux entre les finalités.

Par ailleurs, selon Carr (1990), le contexte entourant la demande d'aide comporte 11 éléments du système-problème: (1) le patient désigné; (2) le client, c'est-à-dire le membre de la famille qui fait officiellement la demande; (3) le membre le plus investi émotionnellement, soit généralement la mère; (4) le(s) membre(s) légalement(s) responsable(s) du patient désigné; (5) le(s) membre(s) du système qui s'oppose(nt) intentionnellement ou non à toutes formes de changement; (6) le(s) membre(s) du système qui favorisent le changement; (7) le référent, c'est-à-dire tout organisme ou individu à l'extérieur du système familial qui réfère la famille en vue de solutionner le

problème; (8) l'organisme; (9) l'intervenant; (10) l'équipe, soit les autres intervenants impliqués directement ou non par le système-problème; (11) les agents de contrôles sociaux, c'est-à-dire l'intervenant qui est légalement responsable du patient désigné ou d'un autre membre de la famille. Bien que cela semble une évidence, il faut préciser qu'un membre du système-problème peut occuper plusieurs éléments à la fois. Toutefois, ce qui semble moins évident, selon nous, c'est de saisir dans quelle mesure les diverses composantes relationnelles interagissent ensemble et influencent ainsi la demande d'aide.

À ces 11 éléments relationnels s'ajoutent les contextes médical, social, culturel et institutionnel dans lesquelles s'insère la demande (Poisson 1991). À cet effet, Onnis (1984) propose 3 niveaux d'analyse du contexte dans lequel s'élabore la demande d'aide.

D'abord, l'auteur soutient que la demande formulée est influencée, voire conditionnée, par les modèles idéologiques et culturels dominants. Au Québec comme pour l'ensemble du monde occidental, tous s'entendent pour dire que c'est l'idéologie «biomédicale» qui domine largement, qui à son tour s'inscrit dans une perspective positiviste (Andolfi, 1982). Ainsi, le fait que les services de santé au Québec adoptent habituellement une logique linéaire et causale aux problèmes auxquels ils sont confrontés explique, du moins en partie, la centration de la famille sur les difficultés de l'enfant, et ainsi, une demande de type individuelle. En regard à l'implantation et au développement de programmes de prévention dans les C.L.S.C., Guay (1987) rapporte

que l'une des difficultés que l'on rencontre est justement que la famille s'adresse à ces programmes avec l'intention de "guérir" l'un de ses membres. Guay (1987) précise que c'est en réalité l'ensemble du système-demandeur, plutôt que seulement la famille, qui exerce une pression pour que les intervenants offrent des services curatifs au dépend de leur mandat initial.

À un second niveau, Onnis (1984) prétend que la demande formulée est également influencée par les services et le mandat que s'attribue l'organisme offrant l'aide. En d'autres mots, la famille oriente sa demande en fonction des réponses qui lui sont proposées. À cela, Onnis (1984) rajoute *«que la demande des usagers des services publics, et leurs attentes, se présentent sous une forme préconditionnée par le style de la réponse traditionnelle du service qui ne saisit pas les racines réelles de la souffrance.»* (p.344) Par ailleurs, il faut préciser que le mandat des organismes sociaux coïncide généralement avec l'idéologie «biomédicale» dominante ce qui peut expliquer ce que rapporte Guay (1987) au sujet des programmes préventifs.

Enfin, à un dernier niveau, on retrouve la formulation proprement dite d'une demande et d'une réponse, c'est-à-dire d'un échange visant à définir le problème et la relation souhaitée entre le système familial et l'organisme.

En résumé, la demande implicite se définit à travers un vaste contexte relationnel qui inclut à la fois la famille, les intervenants, les organismes d'aide, l'idéologie biomédicale dominante, les politiques sociales et culturelles.

### L'Hypothèse Familiale et Systémique

Autour du symptôme se dressent les hypothèses explicatives des parents et des intervenants sociaux. Selon le dictionnaire Robert (1988), une hypothèse est une *«proposition relative à l'explication de phénomènes naturels et qui doit être vérifiée par la déduction ou l'expérience.»* (p.513) Or, l'hypothèse comme l'indique Mony Elkaïm (1985) n'est pas un fait absolu mais bien une *«manière dont les membres du système thérapeutique construisent le réel.»* (p.132)

L'hypothèse de la famille. La demande que formule le ou les membres de la famille sollicitant un service se rapporte généralement à son interprétation subjective du problème présent. On retrouve dans la littérature le terme «explication» (Ahola et Furman, 1988; Green, 1988), «attribution» (Kanouse et al., 1987), «idéologie» (Neuburger, 1990), «allégation» (Bourassa et Rochers, 1989) et «système de croyances» (Onnis, 1984) comme faisant référence à l'hypothèse familiale.

Neuburger (1990) soutient que l'hypothèse que formule la famille se rattache à l'un des 5 modèles suivants: le modèle causal linéaire, le modèle systémique, le modèle auto-organisationnel, le modèle cybernétique ou le modèle constructiviste. Ainsi, selon Neuburger (1990) certaines familles s'efforcent de connaître et de comprendre la cause des difficultés perçues par un processus de désignation (modèle causal linéaire). D'autres s'attardent plutôt aux changements que connaissent certains membres ou l'ensemble de la famille (modèle systémique). D'autres encore se préoccupent davantage des intérêts de la famille et de l'image qu'elle projette (modèle auto-organisationnel). Certaines familles peuvent s'engouffrer dans un cercle interminable de méta-échanges, c'est-à-dire d'échanges non-constructifs dont l'objet sont les échanges antérieurs (modèle cybernétique). Enfin, certaines familles oscillent d'un modèle à un autre sans toutefois parvenir à une lecture multidimensionnelle de la situation problématique (modèle constructiviste). Neuburger (1990) rapporte que les familles présentent presque exclusivement une seule lecture de la situation problématique. Ce regard familial unidimensionnel de la réalité amène cet auteur à parler d'aliénation: l'aliénation causaliste, l'aliénation systémique, l'aliénation auto-organisationnelle, l'aliénation cybernétique et l'aliénation constructiviste.

L'hypothèse familiale demeure généralement une construction causale linéaire de la réalité (Ahola et Furman, 1988; Green, 1988; Neuburger, 1990) qui reste dans les limites des connaissances de la famille (Ausloos, 1991). Sur ce second point, Ausloos (1995) considère «[qu'] *un système ne peut se poser de problème tel qu'il soit capable de*

*le résoudre.»* (p.138) Selon Ahola et Furman (1988) l'élaboration d'une hypothèse causale par le parent répond à deux fonctions. D'abord, l'explication des parents leur permet de diminuer la détresse psychologique qu'occasionne la situation conflictuelle (les auteurs appellent ce phénomène *a psychologically pacifying effect*). Ensuite, l'élaboration d'une hypothèse favorise l'application de solutions aux problèmes auxquels ils sont confrontés bien que celles-ci peuvent souvent s'avérer infertiles.

L'hypothèse systémique Dans une perspective systémique, l'hypothèse concerne *«la nature des interactions entre les individus impliqués dans une même problématique.»* (Pauzé et al., 1987, p.261) C'est une activité «expérimentale» qui, à partir d'informations que nous dévoile la famille, sert de point d'appui à l'intervention (Selvini, 1987). Cette information peut aussi bien être de nature verbale que non-verbale. L'épistémologie systémique nous amène à concevoir l'hypothèse non pas comme une explication de type «vrai ou faux», mais plutôt comme une description des «patterns» circulaires (Ahola et Furman, 1988) guidée par la curiosité de l'intervenant (Cecchin, 1987). Dit d'une autre façon, l'hypothèse systémique ne doit pas être traitée comme une vérité unique, absolue ou intangible (Andolfi, 1985), mais bien comme une lecture différente; une redéfinition de la réalité dans un contexte plus vaste. Pauzé et Roy (1989) précisent que dans le cadre d'une demande d'aide s'adressant à un organisme social, les intervenants doivent situer l'enfant dans un contexte familial et social: se questionner sur le rôle du référent (s'il y a lieu) dans la problématique présentées, d'identifier le(s) motif(s) de la demande, d'identifier l'ensemble des personnes

impliquées directement et indirectement, les relations entre elles, de comprendre le rôle et les enjeux du patient désigné et des autres membres.

Le renouvellement épistémologique de l'approche systémique, la cybernétique de second ordre, propose un modèle des systèmes auto-référents. Ce modèle implique que l'intervenant prenne conscience de sa participation active dans la «construction» de la réalité qu'il observe, soit l'interaction entre le système familial et le système thérapeutique (Onnis, 1991). Dans cet ordre d'idée, l'intervenant contribue à maintenir la viabilité du problème par la co-crédation de la réalité perçue (Griffith, Griffith et Slovik, 1990). À partir du moment où l'intervenant formule son hypothèse de travail, son champ d'action s'en trouve limité, voire circonscrit. Comme le souligne Onnis (1991), l'intervenant est *«co-responsable soit de la définition de (la) maladie (qui est elle aussi une construction de réalité), soit de l'évolution et des issues des situations de malaise.»*(p.348) Ainsi, de par le rôle actif de l'intervenant dans l'élaboration d'une hypothèse, cette dernière ne peut pas être entièrement objective.

L'hypothèse systémique permet (1) de délimiter le champ d'investigation de l'intervenant pour ensuite favoriser un plan d'action; (2) de ne pas s'attarder uniquement au contenu amené par la famille mais bien sur le processus relationnel et interactionnel sous-jacent (Pauzé et al., 1987). Le symptôme fait partie intégrante de cette hypothèse de départ et ce, non pas comme cause principale du problème perçu mais bien comme



un indice sur lequel s'orientent les questions initiales (Pauzé et Roy, 1989). Comme nous explique Ausloos (1986):

[...] ce qui va distinguer l'approche systémique de la vision psychopathologique habituelle, c'est qu'au lieu de considérer le symptôme comme l'indice d'un dysfonctionnement de l'individu, on le verra comme l'expérience d'une crise de fonctionnement du système [...] d'où la nécessité d'élaborer des cartes systémiques [...] qui ne soient plus centrées sur l'individu, mais sur le symptôme et les interactions. (Ausloos, 1986, pp. 98-99)

En somme, l'hypothèse systémique examine le malaise de l'enfant dans le contexte interpersonnel où il se produit et ce, afin de le redéfinir comme tel (Onnis, 1980).

#### Les Variables Liées au Demandeur, au Problème et à l'Organisme Social Pouvant Influencer la Demande d'Aide

Selon diverses études, la demande d'aide varie en fonction de certaines variables liées au demandeur (le sexe, la classe sociale, l'éducation, l'estime personnelle, le locus de contrôle), liées au problème (intra vs inter-personnel, l'intensité) et liées à l'organisme (l'accessibilité, la fréquence des contacts, le niveau de préparation des intervenants).

Les variables du demandeur. Plusieurs études révèlent une différence marquée entre l'attitude des hommes et des femmes vis-à-vis la demande d'aide formelle. Dans 5 recherches différentes, Abramowitz, Fischer et Winer. (1983) ont dénoté que les femmes étaient davantage favorables à formuler une demande d'aide que les hommes. De leur côté, Raviv, Maddy-Weitzman et Raviv (1992) ont observé que les mères semblent moins réticentes à demander de l'aide bien que cette différence s'estompe à mesure que le problème est identifié et défini. Par ailleurs, une étude récente démontre une relation positive entre la présence du père à la première entrevue et la poursuite du traitement (Cox, Dare et Hemsley, 1995).

Quant à l'influence du statut socio-économique, les avis sont partagés. Ainsi, dans l'étude de Ellis, Kressel et Slipp (1974), on observe que les familles ayant un statut socio-économique moins élevé se présentent davantage aux organismes d'aide par le biais d'un référent, ce qui démontre une plus grande réticence à l'intervention d'un tiers (Ellis, Kressel et Slipp, 1974). Toutefois, une autre recherche indique que c'est seulement dans le cas où le problème est perçu par la famille comme étant de nature intrapersonnel (concerne seulement un membre), que les individus d'un statut socio-économique plus faible ont alors moins tendance à demander de l'aide (Veroff, 1981). Enfin, Abramowitz, Fischer et Winer (1983) ont analysé pour leur part 6 recherches traitant des facteurs socio-économiques. Dans le cadre de cette étude, aucun résultat n'a indiqué des différences entre les classes sociales.

Selon la revue effectuée par Fischer, Abramowitz et Winer (1983) des diverses recherches traitant de la variable «éducation» comme facteur pouvant influencer la demande d'aide, on dénote dans l'ensemble une forte corrélation. Effectivement, les individus ayant un niveau plus élevé de scolarité seront davantage portés à solliciter un organisme ou un professionnel afin d'obtenir de l'aide.

Les individus présentant une faible estime personnelle sont davantage portés à formuler une demande d'aide que ceux présentant une forte estime personnelle (Burke et Weir, 1979; Nadler, 1991). D'autre part, Telleen (1990) démontra dans le cadre d'une étude expérimentale que les mères participant à un programme communautaire de support aux familles font davantage d'attributions internes face aux difficultés que rencontre leur enfant. Celles-ci se sentent davantage incompetentes face à leurs habiletés comme parent et elles expriment davantage le besoin de recourir à un support social que le groupe contrôle. Ainsi, comme le prétend depuis déjà une trentaine d'années Lazarus, l'estime personnelle et le locus de contrôle sont deux facteurs importantes dans l'utilisation des ressources de l'environnement (Colletta, 1987).

Les variables liées au problème. Conformément aux conclusions de Veroff (1981), la nature du problème perçu oriente la demande d'aide des parents. DePaulo (1982) a constaté que dans le cas où le problème est perçu comme important, les parents sont plus à l'aise à demander de l'aide (voir Raviv, Maddy-Weitzman et Raviv, 1992).

Les variables liées à l'organisme. Colletta (1987) soutient qu'une demande d'aide sera davantage formulée lorsque le milieu est accessible et que les contacts s'établissent fréquemment. Pour sa part, l'étude de Kourany (1990) démontre qu'un niveau élevé de préparation facilite la présence de la famille à la première entrevue.

## Les Recherches Qualitatives

### Quelques Caractéristiques Essentielles des Données Qualitatives

C'est dans le domaine de l'anthropologie et de la sociologie que s'implantèrent initialement les recherches qualitatives (Dillon, Moon et Sprenkle, 1990; Patton, 1978; Searight et Young, 1994). Or, depuis près d'une trentaine d'année, plusieurs chercheurs d'autres disciplines, dont la psychologie, ont opté pour un paradigme plus qualitatif (Huberman et Miles, 1991). Selon L'Écuyer (1990), ce paradigme propose comme postulat que *«l'essence de la signification du phénomène étudié réside dans la nature, la spécificité même des contenus du matériel étudié.»* (p.31)

L'analyse qualitative, en tant que démarche inductive, vise essentiellement à expliquer les phénomènes par le biais de la description (Searight et Young, 1994). Plus spécifiquement, les données qualitatives consistent en une description détaillée et directe d'une situation, d'interactions ou de comportements observables (Patton, 1980) sans se limiter à des prémisses préalablement établies. Cela dit, ce type d'analyse se veut une compréhension holistique des phénomènes à l'étude (Dillon, Moon et Sprenkle, 1990; Patton, 1978; Patton, 1980).

Les données qualitatives se présentent sous forme de mots plutôt que de chiffres comme c'est le cas dans la plupart des recherches expérimentales et corrélationnelles (Huberman et Miles, 1991). Ceci offre comme avantage de rendre la recherche plus accessible au lecteur, qu'il soit un chercheur, un dirigeant, un intervenant (Huberman et Miles, 1991) ou encore un parent. De plus, cette méthode d'analyse s'apparente fréquemment aux réflexions (Searight et Young, 1994) et aux préoccupations cliniques ce qui la rend d'autant plus attrayante aux yeux des intervenants.

L'analyse qualitative vise principalement à comprendre les caractéristiques et le sens, voire le «signifié» (Mucchielli, 1974), d'un ensemble de mots provenant d'une collecte de données. Elle implique plus souvent qu'autrement une méthode de classification du texte analysé que l'on retrouve sous le vocable scientifique comme étant l'analyse de contenu (L'Écuyer, 1990).

Les méthodes de collecte de données sont multiples : l'entrevue, l'observation participante, l'observation non participante, l'investigation herméneutique, l'analyse de documents, le groupe de focus, etc. L'ensemble de ces méthodes de collecte de données ont comme point commun qu'elles sont flexibles et interactives (Blake, Crabtree, McWhinney, Miller et Zyzanski, 1992). D'une part, les données qualitatives permettent de recueillir l'information selon le point de vue des participants (Dillon, Moon et Sprenkle, 1990; Johnson, White et Willms, 1992; L'Écuyer, 1990; Maanen, 1979; Patton, 1980; Quartaro, Phillips et Rennie, 1988). Aucune pré-catégorisation des réponses filtre les dires des participants face au(x) thème(s) à l'étude (Patton, 1980). Ainsi, cette méthode de collecte des données permet de comprendre un phénomène selon l'angle de celui qui le vit tout en réduisant les biais ou les idées préconçues de l'analyste (Quartaro, Philips et Rennie, 1988). Les méthodes qualitatives incitent l'analyste à dépasser ses *a priori* et son cadre conceptuel (Huberman et Miles, 1991). D'autre part, en plus d'être actif dans la démarche de collecte des données, les participants ont un statut égalitaire avec l'analyste (Dillon, Moon et Sprenkle, 1990) puisqu'ils sont appelés à jouer un rôle de collaborateur (Gilchrist, 1992).

Toutefois, il n'en reste pas moins que l'analyste constitue un élément crucial de cette «mise en scène» (Gilchrist, 1992). D'abord, pour se maintenir à proximité des données brutes, l'analyste doit porter une attention soutenue sur ces propres faits et gestes (Blake, Crabtree, McWhinney, Miller et Zyzanski, 1992). Ensuite, selon Quartaro, Philips et Rennie (1988), l'analyste doit effectuer une démarche d'analyse

systematique de l'information ce qui doit inclure, selon eux, une méthode de comparaison. Dans cet ordre d'idée, la triangulation, c'est-à-dire l'utilisation de méthodes d'analyse variées, ou encore, de plusieurs analystes (validité inter-juges), s'avère une mesure adéquate pour prévenir toutes fausses interprétations des données (Brody, 1992; Huberman et Miles, 1991; Patton, 1980).

En somme, la recherche qualitative diminue la distance sociale et les différences de langage qui émergent habituellement dans un contexte d'évaluation ou d'expérimentation.

### La Valeur des Données Qualitatives

Valeur scientifique et pratique. Selon Krauss, Ramey et Simeonsson (1989), il serait présomptueux d'affirmer qu'une méthode d'analyse est globalement supérieure à une autre. En réalité, chaque type de méthode comporte des avantages et des inconvénients et ainsi peut être plus ou moins appropriée selon la nature et la complexité du thème à l'étude. Selon Patton (1980), différentes méthodes d'analyse s'imposent pour comprendre différentes situations de la vie.

Les recherches qualitatives s'avèrent particulièrement pertinentes pour comprendre des phénomènes naturels, complexes ou à interactions multiples qu'on ne peut soumettre aux conditions d'un schéma de recherche expérimental (Searight et Young, 1994). Dans le cadre de ce type d'analyse, on s'intéresse tout particulièrement à l'histoire et au contexte dans lequel les données sont recueillies (Maanen, 1979; Patton, 1980). De même, il n'est pas surprenant de constater qu'en ce qui concerne les phénomènes psycho-sociaux et l'intervention axée sur la famille, les recherches qualitatives sont de plus en plus reconnues par la communauté scientifique (Dillon, Moon et Sprenkle, 1990).

L'analyse qualitative peut également servir de démarche exploratoire afin de décrire un phénomène nouveau ou sans antécédent littéraire (comme c'est le cas dans la présente recherche) (Blake, Crabtree, McWhinney, Miller et Zyzanski, 1992). Dans cette perspective, la recherche qualitative peut servir de point d'encrage à d'éventuelles recherches quantitatives (Searight et Young, 1994). Johnson, White et Willms (1992) rapportent que tout particulièrement dans le domaine préventif, les recherches qualitatives permettent d'élaborer des hypothèses et d'identifier des problèmes ce qui facilite les recherches expérimentales ultérieures.



Enfin, plusieurs chercheurs sont favorables à l'emploi combiné des méthodes qualitatives et quantitatives (Blake, Crabtree, McWhinney, Miller et Zyzanski, 1992; Gray et Wandersman, 1980; Krauss, Ramey et Simeonsson, 1989; Patton, 1980). À cet effet, Krauss, Ramey et Simeonsson (1989) rapportent que les données recueillies à l'aide de méthodes d'analyse variées favorise une compréhension plus juste et exhaustive des phénomènes à l'étude. Cependant, ce point de vue n'est pas partagé par tous. En effet, certains «puristes» soutiennent que les prémisses sous-jacents à l'approche qualitative et l'approche quantitative sont incompatibles (voir Dillon, Moon et Sprenkle, 1990).

Valeur méthodologique. La validité et la fidélité ne sont pas des concepts propres à la méthodologie qualitative (Blake, Crabtree, McWhinney, Miller et Zyzanski, 1992; Searight et Young, 1994). Par ailleurs, cela ne dispense pas pour autant l'analyste de l'obligation de traiter l'information de façon systématique et rigoureuse (L'Écuyer, 1990). En effet, selon Blake, Crabtree, McWhinney, Miller et Zyzanski (1992) les termes validité et fidélité font places à trois concepts utilisés dans la langue anglaise, à savoir: "credibility", "dependability" et "confirmability". Pour sa part, Patton (1980) affirme que les divers schémas expérimentaux qualitatifs doivent être appropriés, rigoureux et compréhensibles afin de produire des résultats valides, sûrs et utiles. Enfin, selon L'Écuyer (1990), l'analyse de contenu doit comporter huit éléments: elle doit être objectivée, méthodique, exhaustive, systématique, quantitative, qualitative, centrée sur la recherche de signification du matériel analysé et inférentielle.

## Problématique

On assiste présentement au Québec à une vaste réorientation du système de santé et de services sociaux. Le soutien aux jeunes familles et l'intervention précoce inspirent plusieurs initiatives de recherche et sont au coeur des nouvelles politiques sociales (Chamberland, 1996). En raison de ce virage préventif, le Gouvernement du Québec accorde une plus grande reconnaissance aux C.L.S.C. et à l'action communautaire (MSSS, 1997; Ninacs, 1994).

La demande d'aide formulée initialement par la famille est le point d'ancrage de toute démarche d'intervention. Guay, Kiely, Lavoie et Papillon (1985) soutiennent que bien qu'elle s'avère l'étape la plus ardue, l'identification des besoins sous-jacents la demande est de loin l'action la plus importante à réaliser dans le champ de la psychologie communautaire. Or, il est surprenant de constater à quel point les recherches portant directement sur le motif de consultation sont rares. Dans un contexte où les lieux et les modalités de pratique se transforment, comprendre les enjeux d'une demande d'aide constitue un apport théorique et pratique appréciable.

Dans cette perspective, la présente étude vise à établir une meilleure compréhension du contenu de la demande d'aide initiale ainsi que de certains enjeux contextuels s'y rattachant. Pour ce faire, une analyse de contenu des demandes formulées dans le cadre d'un programme d'intervention précoce sera effectuée.

La présente recherche propose donc, dans un premier temps, d'analyser le contenu de la demande initiale que formulent les familles participant au programme d'intervention précoce les ateliers Cali-jours. À cet effet, les écrits rapportent que la modalité d'intervention auprès des familles est plus souvent qu'autrement amorcée suite à des problèmes que présente un seul membre de la famille, soit en l'occurrence l'enfant (Sidney, 1991; Tolan, 1990). Selon Pauzé et Roy (1989), le motif de consultation invoqué par la famille constitue la demande explicite.

Cependant, il semble admis par l'ensemble des cliniciens et des chercheurs que cette demande ne correspond pas toujours à la problématique à laquelle la famille est confrontée, du moins elle ne s'y limite pas. En réalité, il s'avère essentiel pour comprendre les enjeux du demandeur de s'attarder non seulement aux symptômes présents mais également au contexte entourant la demande. Poisson (1991) affirme que ce contexte est à la fois de nature sociale, médico-sociale, culturel et institutionnel. Dans le même ordre d'idée, Onnis (1984) suggère trois niveaux d'analyses de l'élaboration de la demande d'aide. D'abord, la demande d'aide est influencée par le modèle idéologique et culturel dominant. Ensuite, le genre de services offerts par un organisme social oriente le type et la qualité de la demande d'aide. Finalement, l'échange entre la famille et l'intervenant lors du premier entretien oriente également la demande formulée.

Par ailleurs, l'approche systémique propose, elle aussi, de définir la demande d'aide à travers un contexte relationnel. Selon cette école de pensée, le problème présenté informe l'intervenant autant sur le fonctionnement du jeune que de son écosystème (Ausloos, 1995; Griffith, Griffith et Slovik, 1990). De ce fait, l'hypothèse systémique prétend que le jeune, le patient désigné, reflète les difficultés évolutives de son écosystème (Pluymaekers, 1989), soit entre lui et les divers membres de la famille (Henggeler et Borduin, 1989) ou de d'autres systèmes, cette fois périphériques: l'école, le groupe de pairs, etc. (Edmond et Picard, 1984; Selvini, 1987). Ainsi, dans une perspective systémique, *«c'est parce que les membres du système et le sujet privilégient (un) comportement qu'ils se fixent sur le symptôme, qu'ils contribuent à fixer ce comportement comme symptomatique.»* (Ausloos, 1995, p.137)

La présente recherche propose, dans un second temps, d'analyser la demande dans le contexte dans lequel elle s'insère. Ceci nous amène à nous questionner sur ce que dissimule et laisse entrevoir la demande initiale. Comment la demande explicite se déploie dans la mesure où un programme n'est pas centré uniquement sur l'enfant comme c'est le cas pour les ateliers Cali-jours? Est-ce que le contenu amené par le parent se modifie, voire évolue, au fil des rencontres?

Or, selon nous, la meilleure façon de parvenir à cette information consiste à effectuer une analyse qualitative. D'une part, comme il fût mentionné ci-haut, le motif de consultation n'a jamais été, à notre connaissance, l'objet direct d'une recherche dans le domaine de la psychologie. De plus en plus de chercheurs considèrent que dans le cas d'une démarche exploratoire les méthodes qualitatives sont de mise (Blake, Crabtree, McWhinney, Miller et Zyzanski, 1992). D'autre part, plusieurs chercheurs prétendent que les recherches qualitatives s'avèrent d'une grande utilité pour étudier les phénomènes naturels, complexes ou sociaux et ce, dans leur contexte écologique (Dillon, Moon et Sprenkle, 1990; Gray et Wandersman, 1980; Searight et Young, 1994). Ainsi, selon les principes dégagés ci-haut, le contexte de la demande d'aide s'apparente bien à ce type de recherche.

Cette démarche à la fois analytique et réflexive contribuera, du moins nous l'espérons, à stimuler et à faciliter l'action des intervenants tout en produisant un certain nombre de connaissances. Il va sans dire qu'une lecture juste de la demande familiale permettra de mieux situer celle-ci dans le processus global d'aide.

Enfin, il faut mentionner que la présente recherche s'inscrit dans une étude plus vaste visant à réaliser une description détaillée des enfants de 3-4 ans fréquentant les ateliers Cali-jours et d'explorer l'interaction des facteurs de risque et de protection en tenant compte des variables individuelles, environnementales, psychologiques et sociales (Jourdan-Ionescu, Palacio-Quintin et Gagnier, 1996).

## But de la Recherche

La présente recherche tente d'analyser la demande d'aide du ou des parent(s) collaborant à un programme d'intervention précoce. Plus spécifiquement, cette étude a pour but de répondre à deux questions en regard à un service offert par le CLSC de Drummondville, soit les ateliers Cali-jours: (1) Qu'est-ce que contient la demande initiale du ou des parent(s) participant aux ateliers Cali-Jours?; (2) : Est-ce que le contenu de la demande se modifie, voire évolue, du moment de la demande initiale au moment du Suivi (1 an)? Cette recherche s'inscrit dans une démarche exploratoire.

## Méthode

Ce chapitre expose les diverses composantes méthodologiques de la présente étude. Il est constitué de trois sections : la population de recherche, les mesures et la procédure.

### Participants

La présente recherche implique 47 familles participant au programme d'intervention précoce les Ateliers Cali-jours (n=47). Au moment de leur inscription au programme d'intervention précoce du CLSC de Drummondville, les familles furent informées que leur participation impliquait également de collaborer à la recherche du Groupe de Recherche en Développement de l'Enfant et de la Famille de l'UQTR «Étude de l'interaction des facteurs de risques et de protection chez de jeunes enfants fréquentant un service d'intervention précoce» (Jourdan-Ionescu, C., Palacio-Quintin, E. et Gagnier, J-P., 1995) dans laquelle s'inscrit le présent mémoire.

Le recrutement de la population de recherche a été effectué entre septembre 1995 et décembre 1997. Les données quantitatives et qualitatives concernant les caractéristiques de la population de recherche ont été recueillies à partir du «Questionnaire d'Entrevue d'Accueil» (1995). Ces familles ont toutes été présentes à l'Entrevue d'accueil. Ainsi, ces familles ont toutes été suffisamment en contact avec le programme Cali-jour pour analyser le contenu de leur demande d'aide initiale. Cependant, par la suite, en raison de la perte de certains participants, l'analyse de



l'évolution de la demande d'aide a été effectuée à partir d'un groupe de 29 participants. La perte de participant entre l'Entrevue d'accueil et le Suivi est attribuable au refus des mères d'être de nouveau interrogées.

On dénote que 72.5% des mères proviennent de structures familiales biparentales tandis que 27.5% appartiennent des familles monoparentales. Une famille monoparentale est par définition un ménage familial dirigé par un seul parent qui est célibataire, veuf, séparé ou divorcé et dont son ou ses enfants lui sont relié(s) biologiquement ou par adoption (Gauthier, 1988).

L'âge moyen des mères est de 30 ans, la plus jeune étant âgée de 20 ans alors que la plus vieille est âgée de 50. Il est important de mentionner que la participante âgée de 50 ans était en réalité la grand-mère de l'enfant cible. Le nombre d'années de scolarité des mères s'élève en moyenne à 11 ans. Le revenu familial varie selon les tranches salariales suivantes : 5-14 000\$ (13.3%), 14-24 000\$ (37.8%), 24-34 000\$ (22.2%), 34- 44 000\$ (15.6%) et 44 000\$ et plus (11.1%). Le nombre d'enfant par famille s'élève en moyenne à 2. Enfin, les familles ont vécu en moyenne 4 déménagements. À ce titre, 14 familles ont vécu plusieurs déménagements (5 à 10) tandis que 19 familles ont peu déménagé (2 ou moins) (écart-type = 3.00).

L'âge moyen des enfants lors de leur inscription aux Ateliers varie de 31 à 58 mois pour une moyenne de 45 mois. Quant à la variable «genre», 77% des enfants sont des filles tandis que les garçons se retrouvent dans une proportion de 23%. Le rang de l'enfant varie de la manière suivante : 1<sup>er</sup> (51.9%), 2<sup>ème</sup> (42.3%), 3<sup>ième</sup> (3.8%) et 4<sup>ième</sup> (1.9%). Enfin, il faut mentionner que 13.5% des enfants ont été référés à Cali-jours pour des problèmes de comportement.

### Instruments de Mesure

Cette partie vise à décrire les différents instruments de mesures employés dans la présente recherche que voici : le Questionnaire d'Entrevue d'Accueil (Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Gagnier et Désaulniers, 1995) et le Questionnaire du Suivi (1 an) (Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Gagnier et Désaulniers, 1997).

Les deux instruments de mesures ont été conçus, d'abord et avant tout, de manière à pouvoir étudier l'interaction des facteurs de risque et de protection chez de jeunes enfants fréquentant un service d'intervention précoce : (1) l'environnement familial et social; (2) le fonctionnement cognitif; (3) la dimension temporelle des situations stressantes; (4) la signification des situations pour le sujet; (5) les interactions sociales de l'enfant.

Questionnaire d'Entrevue d'Accueil. Ce questionnaire a été élaboré par Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Gagnier et Désaulniers (1995) (Appendice A). On y retrouve 97 questions relatives à une vingtaine de thèmes concernant les caractéristiques biologiques, psychologiques, socio-affectives et contextuelles de l'enfant et sa famille. Une première section comporte des informations de nature socio-démographique telles : le sexe, l'âge, la scolarité des parents, le statut conjugal, la composition de la famille, etc. Une seconde section renferme des informations concernant le vécu familial tel : la période prénatale, le développement et la santé de l'enfant cible, les relations de l'enfant avec ses parents, sa fratrie et les pairs, les habitudes de vie, la santé des parents, les événements de vie difficiles (traumatisme, déménagements), le réseau social, etc. La thématique retenue pour la recherche en cours correspond au motif de la demande. Ce questionnaire nous permet donc de dégager les caractéristiques socio-démographiques des participants et nous permet également de recueillir la perception des mères quant au motif de leur demande initiale d'aide et de service.

Questionnaire du Suivi (1 an). Ce questionnaire a été élaboré par Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Gagnier et Désaulniers (1997) (Appendice B). On y retrouve 14 questions. Dans le but de soumettre les sujets aux mêmes conditions expérimentales, le questionnaire est passé un ans après la fin des ateliers vise à recueillir des données concernant différentes variables retenues dans le questionnaire initial. À titre d'exemple, on y retrouve des questions concernant les variables socio-démographiques,

l'évolution de la situation familiale, les événements importants qui ont affecté le vécu familial, les services dont la famille ont bénéficié depuis la participation aux ateliers Cali-jours et des aspects relatifs à l'évolution de la demande.

Dans le cadre de la présente étude, 1 question qualitative de l'Entrevue d'accueil et 2 questions qualitatives du questionnaire du Suivi ont été employées. Les deux questions portant sur la demande d'aide dans le questionnaire du Suivi (Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Gagnier et Désaulniers, 1997) ont été élaborées conjointement par l'auteur et l'assistant de recherche ayant collaboré à la construction de l'ensemble des questionnaires, tandis que la question portant sur la demande d'aide du questionnaire d'Entrevue d'accueil a été élaborée par Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Gagnier et Désaulniers (1995).

### Procédure

À l'occasion d'une entrevue individuelle précédant le début des Ateliers, un intervenant du CLSC remplit le «Questionnaire d'Entrevue d'Accueil» (1995) en compagnie de chaque parent participant. Cet intervenant informe les participants du caractère confidentiel de la recherche et demande une autorisation écrite afin d'utiliser de façon rigoureuse et limitée les informations divulguées par ceux-ci. De même, l'intervenant explique aux participants la démarche de numérotation des questionnaires.

Il certifie que les informations personnelles telles le nom et l'adresse civique ne seront pas divulguées. Enfin, l'intervenant renseigne les participants, de façon sommaire, au sujet du contexte de partenariat entre le CLSC de Drummondville et le GREDEF, ainsi que des objectifs poursuivis par la recherche menée au GREDEF par Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu et Gagnier (1995).

Il est important de mentionner que l'intervenant du CLSC qui a administré le questionnaire d'Entrevue d'Accueil suggérait à chaque famille de formuler une demande en fonction des besoins du parent et de l'enfant de manière distincte afin de favoriser l'implication de chacun des membres de la famille. En moyenne, la durée de l'Entrevue d'Accueil a été d'une heure et demie.

Dans un deuxième temps, en compagnie du parent, le Questionnaire du Suivi est rempli par un assistant de recherche du GREDEF au CLSC ou au domicile du participant. La durée de l'entrevue du Suivi a été d'environ 20 à 30 minutes.

L'analyse qualitative a été retenue comme méthode d'analyse de la demande familiale. La procédure utilisée pour analyser les données découle essentiellement des principes énoncés par Huberman et Miles (1991). Cette procédure sera décrite puis exploitée dans le prochain chapitre.

## Résultats

Ce troisième chapitre comporte deux parties distinctes. D'une part, les stratégies employées afin d'analyser les données seront expliquées de manière plus élaborée. D'autre part, les résultats de l'analyse qualitative et quantitative seront divulgués.

### L'Analyse des Données

La procédure comporte 4 étapes : une période de recueil des données, de condensation des données, de présentation des données et d'élaboration/vérification des données (Huberman et Miles, 1991). Nous pouvons qualifier cette procédure de cyclique ou d'itérative. En effet, cette méthode implique que les étapes de condensation des données, de présentation des données et d'élaboration/vérification des données «*se présentent successivement au fil de l'analyse, [tout en étant] jamais totalement dissociées.*» (p.38) (Huberman et Miles, 1991)

#### 1. Recueil des données

Dans le cadre de la présente étude, une transcription intégrale des données qualitatives concernant la demande d'aide a d'abord été effectuée pour chacune des familles impliquées dans le programme d'intervention précoce. Les deux questionnaires ont été administrés par un intervenant du CLSC ou par un assistant de recherche du GREDEF formé à cet effet. Il est à noter que l'intervenant du CLSC et les assistants de recherche du GREDEF ne furent pas informés des objectifs poursuivis dans le cadre de la présente recherche.

Étant donné que chaque famille participante et chacune des questions étaient numérotées, ces nombres ont été conservés de manière à maintenir un classement dans les réponses. La longueur des réponses intégrales livrées par les participants varie entre 4 et 12 lignes.

## 2. Condensation des données

Une réduction des données a été réalisée afin d'exclure les réponses non pertinentes, les répétitions et la surcharge de mots. De même, chaque numéro de participant est accompagné d'une réponse pour chaque question sous forme de courtes phrases (un extrait verbatim est présenté à l'Appendice C). Cependant, si la réponse du participant diverge de la question posée, mais comporte des informations pertinentes ou coïncide avec une autre question, celle-ci est automatiquement mise entre parenthèses afin d'être relocalisée ultérieurement. Ces résumés totalisent entre 1 et 6 lignes pour chaque famille participante. Il faut mentionner que 2 assistants de recherche (indépendants du GREDEF) ont vu à ce que les résumés correspondent précisément au texte verbatim.

Dans un deuxième temps, l'auteur et les deux assistants de recherche ont procédé à ce que Huberman et Miles (1991) appellent le «*méta-codage*» des données. Huberman et Miles (1991) parlent également de «*codage thématique*» pour désigner



cette méthode qui implique un regroupement du résumé des données en un nombre restreint de thèmes (codes). Dit autrement, cette étape consiste à former des catégories dans lesquelles il est possible de regrouper un ensemble de données qui ont un sens commun. L'étape de codification a ainsi pour but d'organiser les données, ce qui permet d'une part, d'accélérer la démarche d'analyse et, d'autre part, d'identifier les points de convergence (Huberman et Miles, 1991).

Concrètement, chacun de leur côté, l'auteur et les deux assistants de recherche ont porté une attention particulière à l'ensemble des demandes afin d'extraire des catégories préliminaires et ce, sous forme de mots-clés. Ensuite, l'auteur et les deux assistants de recherche ont établi par consensus inter-juges (kappa) les catégories retenues pour les fins de l'analyse. Le taux d'accord inter-juges (kappa) pour l'ensemble des réponses données par les répondants s'élève à 0.71. Citons, en guise d'exemple de catégories retenues, les mots-clés suivants : compétences parentales, soutien normatif, soutien émotif et l'ajustement aux moments de vie. Cette démarche en deux temps, l'élaboration individuelle suivie de l'utilisation du consensus, vise à diminuer les biais possibles dus à la subjectivité d'un seul analyste pour ainsi s'assurer de la fiabilité de la codification. Afin de préserver toute impartialité, il est également à noter que la codification a été effectuée par trois analystes qui n'ont pas administré les questionnaires aux familles.

Étant donné que certaines catégories comportaient plus d'un thème à l'intérieur d'un même type de demande, nous avons fragmenté certaines catégories en sous-catégories. Par exemple, la catégorie «compétences parentales» regroupe diverses sous-catégories tels «l'auto-contrôle», la «communication de limites» et les «habilités éducatives». Par ailleurs, les réponses mises entre parenthèse à l'étape précédente sont introduites dans leurs catégories correspondantes. Une catégorie «varia» a été élaborée afin d'y regrouper les demandes d'aide qu'on ne pouvait insérer dans aucune catégorie. Enfin, une sous-catégorie «autres ou non-spécifié» a été élaborée pour insérer les demandes qui se rapportaient à une catégorie sans toutefois correspondre de façon précise à une de ses sous-catégories.

Voici maintenant une description de chaque catégorie ainsi que des diverses sous-catégories s'y rattachant (les catégories sont soulignées tandis que les sous-catégories sont précédées d'une lettre majuscule):

#### Relation mère-enfant :

Tout comportement de la mère qui vise à entretenir des interactions positives auprès de son enfant.

#### A. Disponibilité :

Tout comportement de la mère qui vise à accroître sa présence psychologique et physique auprès de son enfant.

### B. Sensibilité et ajustement des conduites parentales :

Tout comportement de la mère qui vise à accroître la qualité de son écoute envers son enfant afin de favoriser une conduite parentale qui puisse répondre aux besoins développementaux de ce dernier. On pourrait tout simplement parler «d'empathie parentale».

### Compétences parentales :

Tout comportement du parent, en tant qu'autorité et modèle éducatif, qui a un effet positif sur le développement intellectuel et socio-affectif de son enfant.

#### A. Auto-contrôle :

Tout comportement de la mère qui renvoie au contrôle de sa personne en regard à ce qui est dit et fait en présence de son enfant.

#### B. Communication des limites :

Tout comportement de la mère qui vise à maintenir fermement les demandes et les exigences qu'elle pose en tant qu'autorité familiale et promoteur du développement de son enfant.

#### C. Habiletés éducatives :

Tout comportement de la mère qui vise l'acquisition d'habiletés éducatives chez celle-ci.

Soutien émotif/Ressources :

Toute demande de la mère qui renvoie à un état de vulnérabilité psychologique chez celle-ci. D'autre part, toute demande de la mère concernant un organisme auquel elle désire accéder pour le bien de sa personne ou de son enfant.

Soutien normatif/Évaluation :

Toute demande de la mère qui renvoie à un groupe de comparaison ou encore qui concerne l'évaluation de l'enfant.

Autres besoins personnels :

Toute demande de la mère qui vise la satisfaction d'un besoin personnel qui diffère de ceux inclus dans l'une des catégories précédentes.

Socialisation :

Toute demande concernant l'enfant qui a trait à son développement social.

A. L'autonomie :

Toute demande qui concerne le développement de l'autonomie chez l'enfant.

B. Habiletés sociales :

Toute demande qui concerne l'acquisition d'habiletés sociales chez l'enfant.

### C. Conformité aux règles

Toute demande qui concerne la moralité et le contrôle de l'enfant dans un contexte où certaines règles sociales ou familiales sont de mise.

#### Auto-contrôle :

Toute demande qui vise à accroître le contrôle de l'enfant.

#### A. Auto-agressivité :

Toute demande qui vise à diminuer l'agressivité que s'inflige l'enfant à lui-même.

#### B. Hétéro-agressivité :

Toute demande qui renvoie à des conduites agressives de l'enfant envers autrui.

#### Sphères développementales :

Toute demande qui concerne le développement de l'enfant.

#### A. Développement du langage :

Toute demande qui concerne le développement du langage.

#### B. Développement psycho-moteur :

Toute demande qui concerne le développement psycho-moteur de l'enfant.

### Évaluation

Toute demande qui a trait à l'évaluation de l'enfant.

#### A. Développementale :

Toute demande qui concerne l'évaluation du niveau de développement de l'enfant.

#### B. Trouble ou dysfonction :

Toute demande qui a trait au dépistage d'un trouble psycho-développemental ou d'une mésadaptation chez l'enfant.

### Ajustement aux moments de vie :

Toute demande qui vise à accroître l'aptitude de l'enfant à se conformer aux exigences liées à diverses périodes de la journée telles le lever, le repas ou le coucher.

### 3. Présentation des données

Après avoir regroupé les données dans diverses catégories (codes), l'auteur a procédé à la présentation visuo-spatiale des données. Cette étape consiste à compiler quantitativement les données sous forme de schémas. Afin de décrire la valeur quantitative du contenu des demandes initiales, les catégories et sous-catégories ont fait l'objet d'analyses statistiques descriptives (distribution de fréquences).

La schématisation facilite la comparaison entre différents ensembles de données. Ainsi, le lecteur peut d'un coup d'œil observer la répartition des demandes d'aide.

Les différents ensembles de données, voire les sites, que l'on retrouve sous forme de schémas dans la présente recherche sont (site #1) les demandes concernant la mère : catégories et sous-catégories ; (site #2) les demandes concernant l'enfant : catégories et sous-catégories; (site #3) «évolution de la demande d'aide». Un site est par définition *un contexte circonscrit dans lequel on étudie des événements, des processus, des résultats* (p.47) (Huberman et Miles, 1991). Les sites «évolution de la demande d'aide» correspondent à deux périodes de collecte de données : la demande initiale (questionnaire d'Entrevue d'Accueil) et la demande 1 an après les Ateliers (questionnaire Suivi «1 an»).

Les deux formats retenus pour schématiser les données sont les secteurs et l'histogramme groupé. Les secteurs forment des schémas qui affichent la contribution de chaque catégorie par rapport au total et ce, sous forme de fréquence. L'histogramme groupé compare des valeurs Y prises à différentes abscisses X. Dans le cas présent, les différentes valeurs Y de l'histogramme correspondent à la fréquence d'apparition, tandis que chaque abscisse correspond à un type de demande : demandes initiales concernant la mère, demandes initiales concernant l'enfant, demandes «suivi» concernant la mère, etc.

#### 4. Élaboration/vérification des données

La méthode d'élaboration/vérification des données telle que décrite par Huberman et Miles (1991) renferme 2 étapes : (1) l'analyse intra-site : l'élaboration des conclusions et tactiques de vérification concernant chaque site ; (2) l'analyse inter-site : l'élaboration des conclusions et tactiques de vérification concernant la relation entre différents sites. L'analyse intra-site permet de répondre à la première question de recherche : Que contient la demande d'aide initiale du ou des parent(s) participant aux Ateliers Cali-jour ? L'analyse inter-site permet, quant à elle, de répondre à la seconde question de recherche : Est-ce que le contenu de la demande se modifie, voire évolue, du moment de la demande initiale au moment du Suivi (1 an)?



Dans un premier temps, l'auteur a procédé à l'analyse intra-site. L'analyse intra-site est une méthode d'analyse qui a pour but d'établir et de vérifier des conclusions concernant un seul site. C'est à partir des schémas représentant chaque site à l'étape précédente (présentation des données) que l'auteur a pu tirer ses conclusions concernant la valeur qualitative et quantitative des catégories et sous-catégories. L'auteur a d'abord analysé le contenu des demandes d'aide initiales concernant la mère (site #1). Ensuite, il a procédé à l'analyse des demandes d'aide initiales concernant l'enfant (site #2). L'ordre de cette analyse est aléatoire et sans précédent pour l'étude.

Dans un deuxième temps, l'auteur a procédé à l'analyse inter-site. L'analyse inter-site vise à établir des conclusions relatives aux relations existant entre différents sites. Dans le cas de la présente étude, l'auteur tente d'établir s'il y a une modification de la demande d'aide à l'intérieur des deux prises de mesure : le questionnaire «d'Entrevue d'accueil» et le questionnaire «Suivi après un an». C'est à partir des schémas illustrant chaque site que l'auteur a élaboré un histogramme chronologique (Huberman et Miles, 1991) de dimension  $2 \times 2$  [2 prises de mesures X 2 types de demande d'aide (site #1 et #2)] (voir Figure 15).

## Présentation des Résultats

Les résultats de l'étude sont présentés selon l'ordre de la procédure d'analyse. Ainsi, dans un premier temps nous présentons les résultats de l'analyse intra-site #1 : les demandes d'aides initiales concernant la mère. Ensuite, nous exposons les résultats de l'analyse intra-site #2 : les demandes d'aides initiales concernant l'enfant. Dans un troisième temps, nous présentons les résultats de l'analyse inter-site #1 : un portrait global des demandes d'aide initiale. Enfin, nous exposons les résultats de l'analyse inter-site #2 : l'évolution de la demande d'aide: une comparaison des demandes formulées au début des ateliers Cali-jours et 1 an après.

### L'Analyse Intra-site #1: le Contenu de la Demande d'Aide Initiale Concernant les Mères

La Figure 2 présente les différents types de demandes initiales qui ont trait à la mère. Étant donnée que les mères pouvaient formuler plus d'une demande d'aide, le nombre de demande surpasse le nombre de participants ( $n=47$ ). Au total, on dénombre 68 demandes d'aide qui se rapportent à la mère. Pour l'ensemble de ces demandes d'aide, 48 ont trait aux compétences parentales (70%), 10 demandes se rattachent à la relation mère-enfant, 7 demandes concernent le soutien émotif et l'accès à des ressources (10%), 2 demandes sont liées à d'autres besoins personnels de la mère (3%), et enfin, 1 demande porte sur le soutien normatif et l'évaluation (2%). On dénote que l'acquisition de compétences parentales est la demande la plus fréquemment formulée par les mères.

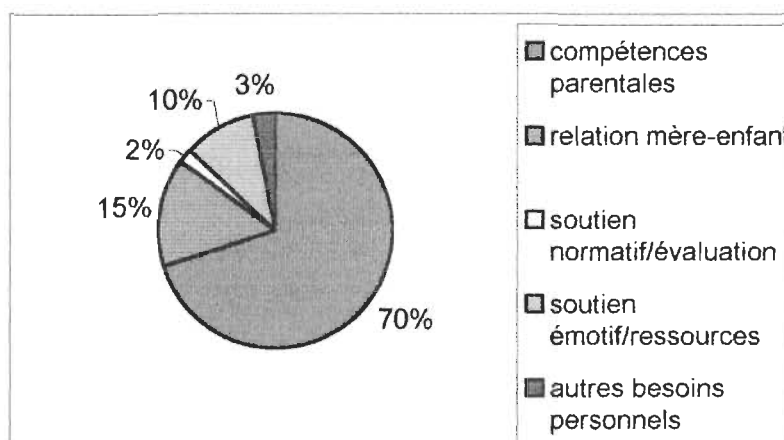


Figure 2. Site #1 : les demandes concernant la mère.

L'amélioration de la relation mère-enfant correspond à 15% des demandes formulées dans le site #1. Les 2 sous-catégories se rattachant aux demandes concernant la relation mère-enfant sont illustrées à la Figure3. On dénote que 6% des demandes du site #1 concerne la disponibilité physique et psychologique de la mère vis-à-vis son enfant, tandis que 9% des demandes se rattachent à la sensibilité et l'ajustement de la mère face aux besoins de son enfant. Ainsi, d'un côté, 1 mère désire accorder plus d'attention à son fils, 2 mères souhaitent jouer davantage et 1 mère souhaite prendre plus de temps en compagnie de son enfant. D'un autre côté, 4 mères aimeraient mieux comprendre les comportements et les besoins de leur enfant, 1 mère veut accepter que son enfant pleure lors des séparations, et enfin, 1 grand-mère désire permettre à l'enfant de se séparer davantage d'elle.

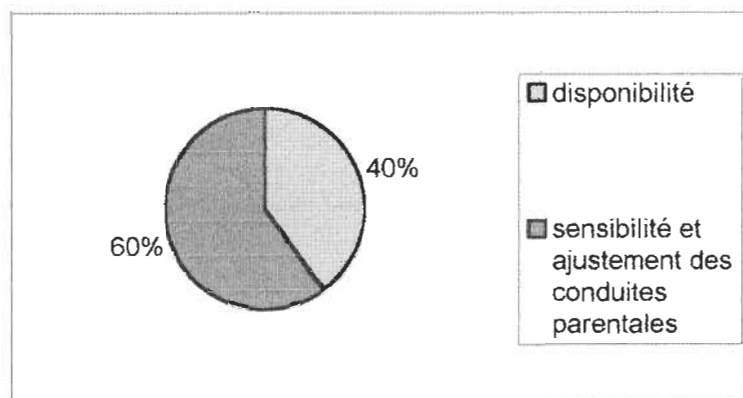


Figure 3. Distribution des demandes concernant la catégorie «relation mère-enfant».

L'acquisition de compétences parentales constitue 70% des demandes formulées dans le site #1. Les 3 sous-catégories se rattachant aux demandes concernant les compétences parentales sont illustrées à la Figure 4. Ainsi, 46% des demandes du site #1 concerne l'auto-contrôle du parent, 27% la communication des limites et 27% l'acquisition d'habiletés éducatives. En ce qui concerne l'auto-contrôle, la demande la plus fréquente concerne la diminution des crises, des menaces et des cris à l'endroit de l'enfant ( $n=15$ , soit 23% du 32%). Au sujet de la communication des limites, les mères désirent surtout diminuer la répétition de consignes ( $n=11$ , soit 16% du 19%) bien qu'une mère désire être plus ferme tandis qu'une autre aimerait être plus patiente avec son enfant. Quant à l'acquisition d'habiletés éducatives, les mères sont pour la plupart à la recherche de nouveaux moyens éducatifs.

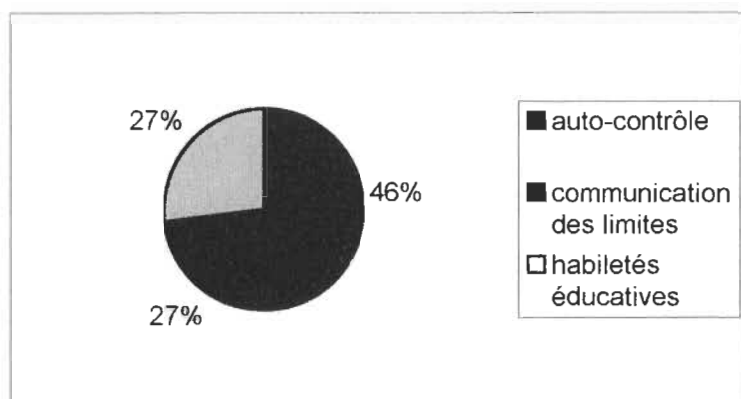


Figure 4. Distribution des demandes concernant la catégorie «compétences parentales».

Un soutien émotif et l'accès à des ressources extérieures du milieu naturel constituent 10% des demandes formulées dans le site #1. En terme de soutien émotif, 2 mères disent vivre un stress parental. De plus, 5 mères se disent épuisées physiquement et psychologiquement. Celles-ci se sentent dépassée par les conduites de leur enfant. Enfin, une mère rapporte avoir besoin d'une aide morale; besoin d'être écoutée et encouragée. Quant aux ressources extérieures, les mères dont l'enfant éprouve des difficultés sur le plan du langage réclament l'aide d'un orthophoniste. Par ailleurs, un nombre restreint de mère désirent recevoir des informations sur des garderies et la maison de la famille.

Un soutien normatif et l'évaluation de l'enfant correspondent à 1% des demandes formulées dans le site #1. Ainsi, une mère souhaite comparer les acquis développementaux de son enfant avec d'autres enfants, tandis qu'une autre mère demande que son enfant soit évalué sur le plan du langage.

Finalement, la satisfaction de certains besoins personnels de la mère, autres que ceux énumérés ci-haut, constituent 3% des demandes formulées dans le site #1. Par exemple, une mère désire être moins exigeante envers elle-même, tandis qu'une autre aimerait apprendre à s'accorder des moments de détente.

#### L'analyse intra-site #2: le contenu de la demande d'aide initiale concernant l'enfant

La Figure 5 présente les différents types de demandes concernant l'enfant qui ont été formulées initialement par les mères. En tout, on dénombre 92 demandes d'aides qui se rapportent à l'enfant. Sur l'ensemble de ces demandes d'aide, 44 se rattachent à l'auto-contrôle (48%), 27 à la socialisation (29%), 13 au développement (14%), 2 à l'ajustement aux moments de vie (2%), 1 à l'évaluation (1%), et 5 varia (6%).

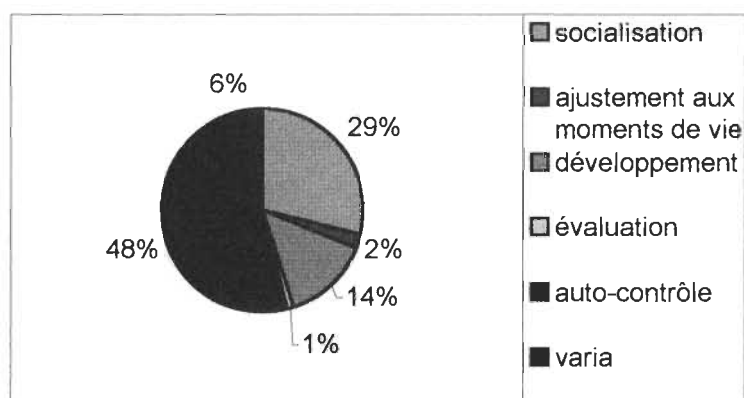


Figure 5. Site #2 : les demandes concernant l'enfant.

La socialisation correspond à 29% des demandes formulées dans le site #2. Les 4 sous-catégories se rattachant à la catégorie «socialisation» sont illustrées à la Figure 6. En ce qui concerne l'autonomie, 3 mères mentionnent que leur enfant éprouve des difficultés à se séparer d'elle, 2 mères souhaitent que leur enfant joue plus seul, tandis qu'une mère aimerait que son enfant joue davantage avec les enfants de son âge. Du côté des habiletés sociales, une mère aimerait que son jeune apprenne à jouer avec d'autres enfants, tandis que 3 autres mères désirent que leur enfant apprenne à partager. Au sujet de la non-conformité aux règles, la plupart des mères souhaitent que leur enfant écoute et respecte davantage les consignes à la maison (n=7, soit 25% sur 29%).

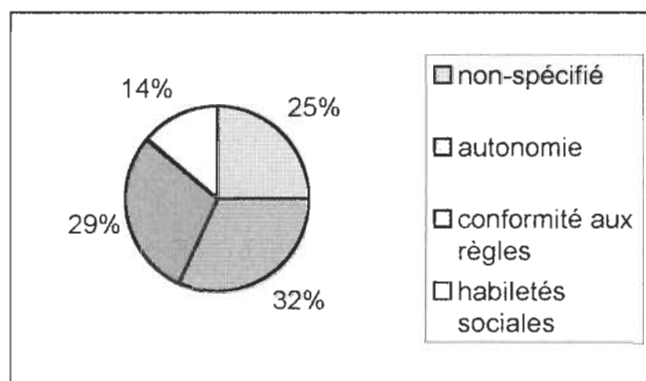


Figure 6. Distribution des demandes concernant la catégorie «socialisation».

L'acquisition de compétences reliées à l'auto-contrôle constitue 48% des demandes formulées dans le site #2. De même, on observe que l'auto-contrôle s'avère prédominant en ce qui concerne les demandes impliquant directement la mère. Les 3 sous-catégories se rattachant aux demandes concernant l'auto-contrôle sont illustrées à la Figure 7. En ce qui concerne la sous-catégorie «hétéro-agressivité», certaines mères demandent que leur enfant cesse de donner des coups ( $n=5$ ), de mordre ( $n=5$ ), de tirer les cheveux ( $n=2$ ) ou encore de bousculer ( $n=1$ ). Dans certains cas, il est spécifié que les conduites agressives s'adressent à la fratrie ( $n=4$ ), aux pairs ( $n=2$ ) ou au parent ( $n=3$ ). Quant aux conduites auto-agressives, une mère demande que son enfant arrête de se mordre, tandis qu'un autre parent souhaite que son fils cesse de se tirer les cheveux. Les crises de l'enfant consistent 17 demandes formulées par les mères. Enfin, la catégorie «autres» renferme des demandes concernant des pleurs ( $n=3$ ), des cris ( $n=7$ ), des enfants qui lancent des objets ( $n=3$ ) ou encore se projettent par terre ( $n=3$ ).



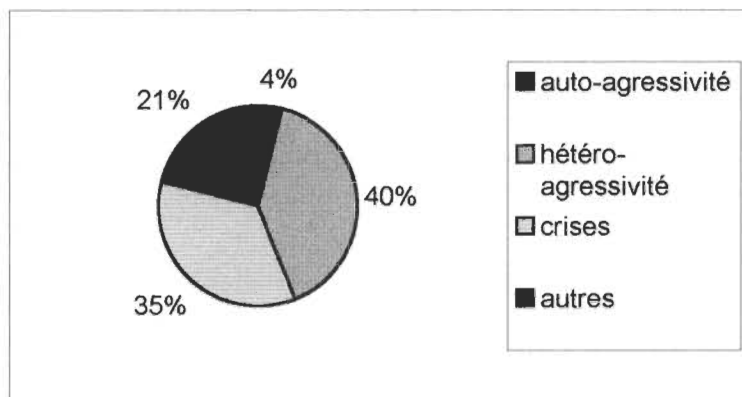
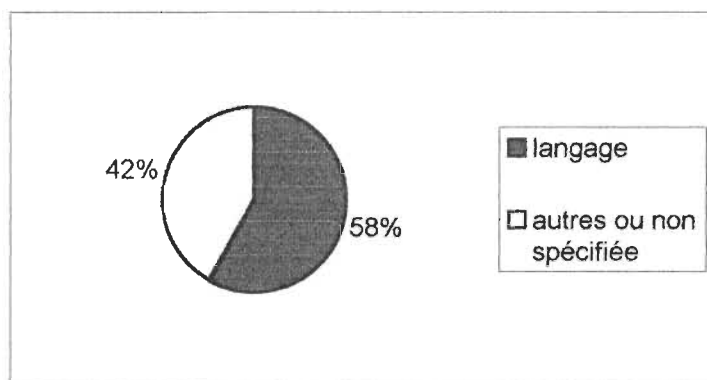


Figure 7. Distribution des demandes concernant la catégorie «l'auto-contrôle».

L'acquisition de compétences reliées diverses sphères du développement correspond à 14% des demandes formulées dans le site #2. À l'intérieur de cette catégorie, 8 demandes concerne le développement du langage et 6 demandes concernent d'autres sphères développementales ou le développement global de l'enfant. Pour cette dernière sous-catégorie, 4 mères rapportent chez leur enfant présente un retard sur le plan moteur, tandis que 4 mères rapportent un retard sur le plan cognitif (concentration n=2, connaissances n=2 et comprendre des consignes multiples n=1).

L'évaluation de l'enfant correspond à 1% des demandes d'aides formulées dans le site #2. Ainsi, comme il fût mentionné précédemment, un parent demande que son enfant soit évalué sur le plan du langage.



*Figure 8.* Distribution des demandes concernant la catégorie «sphères développementales».

L'ajustement de l'enfant aux moments de vie constitue 2% des demandes formulées dans le site #2. À cet effet, 3 demandes concernent des problèmes à l'heure du coucher, une demande à l'heure du repas et une demande se rattache à la période du matin quand l'enfant s'habille.

On retrouve 4 demandes dans la catégorie «varia». Une demande concerne les cauchemars que fait un enfant. Ensuite, un parent aimerait que son enfant bouge moins. Dans un troisième temps, un parent trouve que son enfant est peu conscient du danger. Enfin, un parent souhaite que son enfant manifeste davantage d'intérêts personnels dans les activités qu'il entreprend.

### L'analyse inter-site #1 : un portrait global de la demande initiale

La Figure 9 présente l'ensemble des demandes formulées initialement. Le nombre de demande s'élève à un total de 160 (n=29). Pour l'ensemble de ces demandes d'aide, 42.5% concernent la mère (30% compétences parentales, 6% relation mère-enfant, 4% soutien émotif/ressources, 1% soutien normatif et 1% d'autres besoins de la mère) tandis que 57.5% concernent l'enfant (28% l'auto-contrôle, 17% socialisation, 8% sphères développementales, 1% l'évaluation, 1% ajustement aux moments de vie et 3% varia).

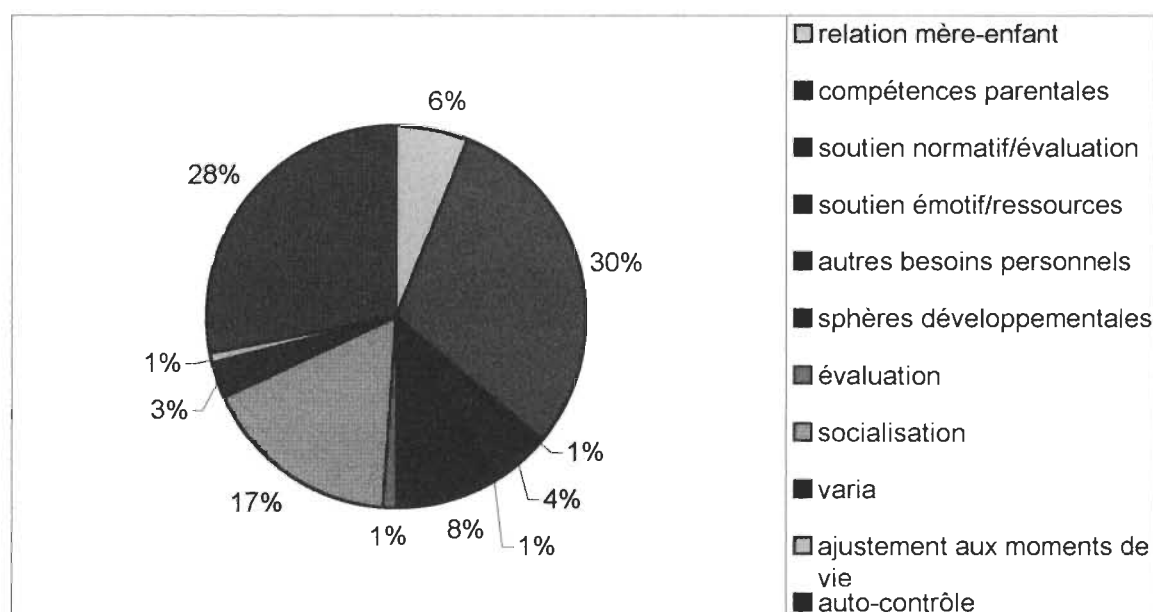


Figure 9. La demande initiale : Ensemble des demandes concernant la mère et l'enfant.

L'analyse inter-site #2 : l'évolution de la demande d'aide: comparaison de la demande au deux moments d'évaluation.

La Figure 10 présente l'histogramme chronologique 2X2 (types de demande X temps). Chez l'ensemble des sujets ( $n=29$ ) ayant participé aux deux prises de mesures, on dénombre 79 demandes d'aide lors de l'Entrevue d'accueil et 93 demandes lors du Suivi (1 an). Pour l'Entrevue d'accueil 44% des demandes concernent la mère et 56% concernent l'enfant tandis que pour le Suivi 59% des demandes concernent la mère et 41% concernent l'enfant. On remarque ainsi que lors de la première prise de mesure les demandes liées à l'enfant sont en nombre plus élevé alors que c'est plutôt les demandes qui ont trait à la mère qui prédominent dans le second temps.

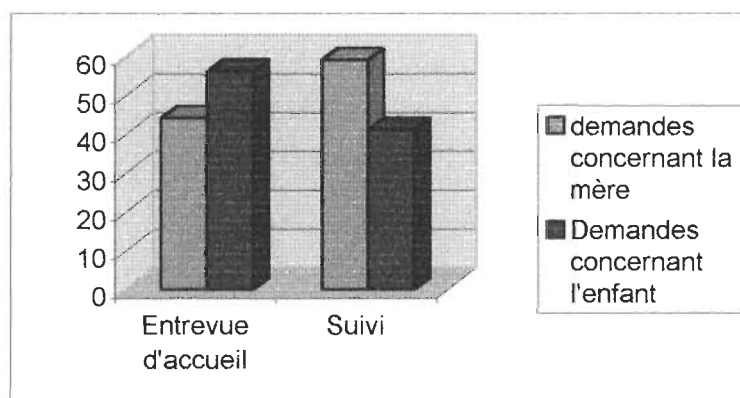


Figure 10. L'évolution globale de la demande d'aide.

Pour les demandes concernant la mère, 6% des demandes initiales ont trait à la relation mère-enfant tandis que le pourcentage s'élève à 11% lors du Suivi. Par ailleurs, 32% des demandes initiales concernent les compétences parentales alors qu'à l'occasion du Suivi 26% des demandes s'y rattachent. Le soutien émotif et la recherche de ressources constituent 5% des demandes initiales tandis que lors du Suivi 10% des demandes s'y rattachent. Aucune demande initiale concerne le soutien normatif et l'évaluation alors que le pourcentage s'élève à 11% à l'occasion du Suivi. Enfin, 1% des demandes initiales concernent d'autres besoins du parent tandis que le pourcentage s'élève à 2% lors du Suivi.

Pour les demandes concernant l'enfant, 16% des demandes initiales ont trait à la socialisation alors que lors du Suivi 11% des demandes s'y rattachent. Par ailleurs, 27% des demandes initiales concernent l'auto-contrôle de l'enfant tandis qu'à l'occasion du Suivi 12% des demandes s'y rattachent. Le développement de l'enfant constitue 6% des demandes initiales alors que le pourcentage s'élève à 8% à l'occasion du Suivi. L'évaluation constitue 1% des demandes initiales tandis que le pourcentage s'élève à 4% lors du Suivi. 1% des demandes initiales concernent l'ajustement de l'enfant aux moments de vie tandis que 3% des demandes d'aide s'y rattachent lors du Suivi. Finalement, le pourcentage des demandes initiales qui ont trait à aucune catégorie précédente s'élève à 5% alors que le pourcentage est de 3% à l'occasion du Suivi.

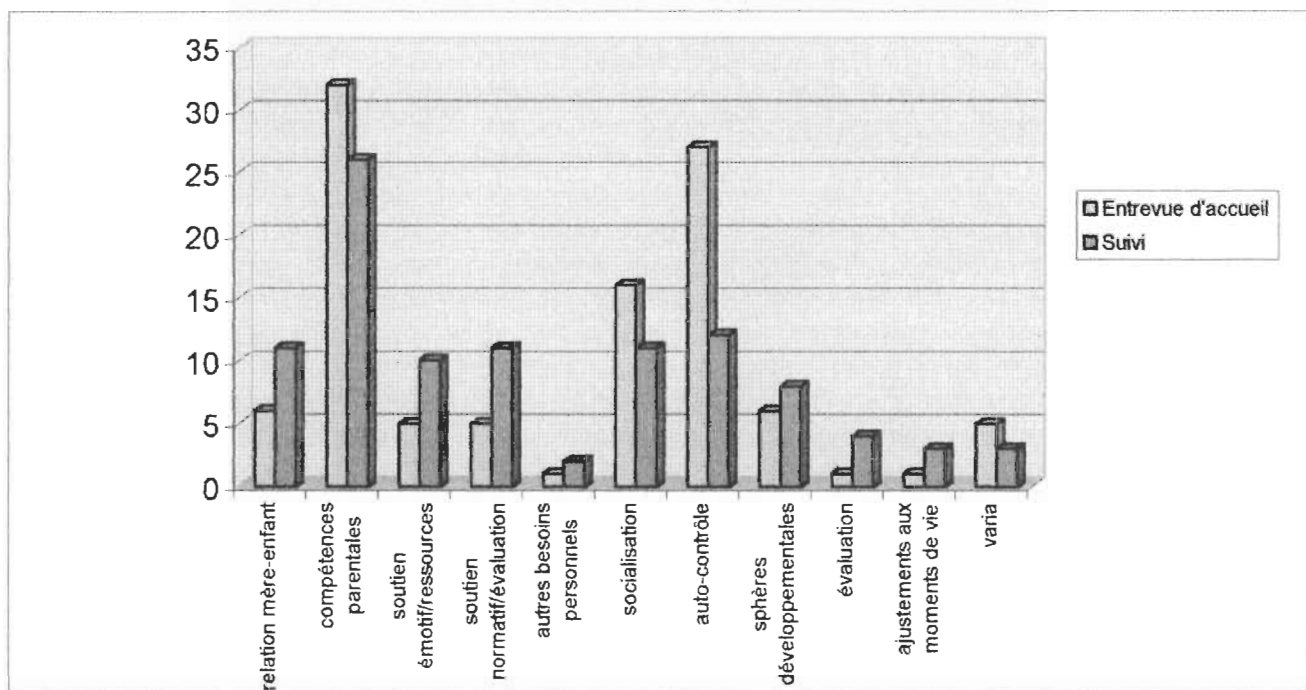


Figure 11. L'évolution de la demande d'aide selon chaque catégorie.

Les résultats de l'analyse inter-site #2 démontrent qu'il y a une modification du contenu des demandes d'aide formulée par les mères dans un intervalle d'une année.

Le prochain chapitre discute de manière plus spécifique les résultats présentés dans ce chapitre.

## Discussion

Ce chapitre s'ouvre par une réflexion portant sur les questions de recherche et la méthode employée. La première partie s'attarde plus spécifiquement aux questions posées relatives au contenu et à l'évolution des demandes d'aide formulées dans un contexte d'intervention précoce. Ensuite, dans une seconde partie, nous examinons et critiquons certaines limites de la méthode employée.

### La Demande d'Aide : Quelques Considérations

Que ce soit pour l'enfant ou le parent, on constate qu'une grande proportion des demandes formulées initialement ont trait au contrôle et à la communication des limites. Nous proposons d'abord une explication à ces résultats. Dans un second temps, nous discutons brièvement des défis que cela soulève sur le plan de l'intervention.

Une façon d'interpréter ces résultats consiste à dire que c'est un manque de connaissance face aux exigences de la parentalité qui est à l'origine des nombreuses demandes concernant le thème des limites. Les parents désirent apprendre à encadrer leur enfant de façon plus efficace en engendrant moins de situations conflictuelles et d'escalades. Au cœur de cette manière de concevoir la parentalité se trouve le concept de compétences parentales. Certains auteurs parlent d'un manque de transfert de connaissances parentales chez les jeunes familles québécoises issues de milieux socio-économiques défavorisés (Perreault, Grondin et Forest, 1996). D'ailleurs, lorsqu'on jette un coup d'œil du côté des données socio-démographiques, on remarque que près de



la moitié des familles vivent sous le seuil de la pauvreté et que la plupart ont connu, dans un moment ou un autre de leur vie, un contexte de précarité. Or, il ne faut pas perdre de vue que cette façon de concevoir le parent en tant qu'individu plus ou moins compétent est garante des attentes sociales qui, à leur tour, s'insèrent dans les idéologies politiques, sociales et culturelles dominantes.

Notre explication étant mise en relief, nous souhaitons maintenant prêter attention à l'intervention. Comme il a été mentionné précédemment, une manière d'interpréter ces résultats consiste à parler d'un manque de connaissance face à la parentalité. Vue sous cet angle, la démarche d'intervention appropriée consisterait à renforcer les habiletés parentales, le sentiment de compétence et de responsabilité (Perreault, Grondin, Forest, 1996). Cette forme d'intervention, érigée sur le concept de compétences parentales, conçoit souvent le changement comme une démarche individuelle, apportée de l'extérieur par des «experts» et qui consiste en l'acquisition de comportements adéquats (Vatz Laaroussi, 1994). L'intervention serait alors centrée sur le «savoir-faire» parental de manière à ce que ces familles se conforment aux règles édictées par la société. Ce serait, en quelque sorte, de demander aux parents de faire encore plus dans un domaine où ils sont déjà considérés incompetents. C'est comme donner un massage du pied à un individu qui a couru des heures sans soulier afin qu'il reparte à courir et ce, toujours sans soulier... Cette façon de concevoir l'intervention familiale nous renvoie inéluctablement à la notion de problème (Hurtubise et Vatz Laaroussi, 1996; Kérisit et St-Amand, 1994).

Une autre manière d'intervenir en réponse aux demandes d'auto-contrôle consiste à favoriser un meilleur usage des ressources inhérentes à la famille ainsi que du réseau externe de la famille par la famille elle-même. La démarche d'intervention viserait ainsi à accroître l'emprise sur leur vie à partir de moyens individuels, familiaux et collectifs. Dans cette perspective, le concept de compétence parentale laisse place à celui d'empowerment, terme introduit en 1981 par Rappaport. Comme nous expliquent Kérisit et St-Amand (1994) :

En évitant ou plutôt en refusant d'envisager la famille sous l'angle de ses problèmes, mais en la considérant plutôt comme une ressource et comme étant capable de générer à travers son engagement dans un projet collectif les solutions à ses difficultés, les ressources alternatives privilégient des approches qui font des familles des entités composées d'individus également en rapport avec les forces et les institutions sociales qui les entourent. L'intervention n'est donc pas axée exclusivement sur l'apprentissage d'habiletés parentales mais sur l'ensemble des facultés qui peuvent être développées à travers une conscientisation sociale. (pp. 56-57)

Dans cette optique, la promotion et la prévention en santé mentale prend une nouvelle tournure. À travers cette façon de concevoir l'intervention, la famille demeure l'acteur premier du changement.

Pour sa part, Vatz Laaroussi (1994) propose le concept de stratégies familiales pour suppléer, voire élargir, le concept de compétences parentales :

Distinguées selon les façons de faire au quotidien des familles, les stratégies familiales deviennent une ouverture pour prendre en compte, dans l'intervention, l'expérience et les habiletés familiales, les modalités de survie inventées et opérationnalisées dans la précarité et la marge de liberté occupée par les familles. (p.83)

Lorsqu'on parle de compétences parentales uniquement en fonction des attributs parentaux, on perd de vue le rôle primordial des enfants en ce qui concerne l'établissement de l'autorité parentale et du lien parent-enfant. Bouchard (1994) va dans le même sens lorsqu'il affirme que, depuis près d'une quinzaine d'années, les recherches ont permis d'inclure les caractéristiques des enfants dans le concept même de compétences parentales, ce qui a pour effet d'éviter toute forme de mise en accusation des parents et de faciliter la contribution sociale envers ces derniers.

En guise de synthèse, rappelons que le concept de compétences parentales correspond aux rôles parentaux normalisés et modélisés par les attentes sociales. Quant à lui, le concept de stratégies familiales nous renvoie là où la famille et ses membres se situent sur le plan des moyens, des forces, des besoins et de son contexte particulier. Que l'on choisisse d'aborder les demandes sous l'angle des compétences ou encore des ressources, une chose est sûre c'est que l'intervention sera inévitablement influencée par ces assises théoriques.

Nous allons maintenant discuter de l'évolution de la demande d'aide. Les résultats indiquent qu'on dénombre initialement plus de demandes concernant l'enfant bien qu'un phénomène inverse se produise par la suite.

D'un côté, ces résultats confirment l'hypothèse de certains auteurs, notamment Pauzé et al. (1987), Sidney (1991) et Tolan (1990), c'est-à-dire que la demande initiale est plus souvent qu'autrement élaborée en fonction des problèmes que rencontre l'enfant. Cela dit, comment devons nous interpréter ces résultats? Doit-on envisager la sollicitation initiale comme une demande explicite «camouflant» des demandes implicites? Est-ce que les parents attribuent invariablement les difficultés familiales à l'enfant? Est-ce l'effet miroir, le reflet, de ce qu'offrent les organismes sociaux québécois? Doit-on interpréter ces résultats comme une forme de méfiance des parents qui se traduit par une mise à distance face à leurs propres difficultés? Est-ce, tout simplement, que la préoccupation première des jeunes parents consiste à veiller au bien-être psychologique, social et cognitif de l'enfant, quitte parfois à négliger ou taire leurs propres préoccupations?

De l'autre côté, quel sens devons-nous attribuer à la proportion inverse des demandes d'aide telle qu'elle nous apparaît lors de l'évaluation de la phase Suivi? Est-ce que cela reflète un souci plus grand du parent face à sa propre réalité ainsi qu'à l'égard de son rôle dans le développement de l'enfant? Est-ce dire que les interventions axées sur l'enfant se sont avérées plus efficace que celles dirigées vers le parent et

qu'ainsi le parent se retrouve au Suivi (1 an) avec plus de besoins insatisfaits? Est-ce que les parents sont devenus plus compréhensifs et conciliants à l'égard de leur enfant via l'expérience acquise auprès des autres parents confrontés à la même réalité? Est-ce plutôt une façon d'appuyer les dires des intervenants par désirabilité sociale? Certains points soulevés par Horenstein et ses collègues (1973) ainsi que par Andrews et Withey (1976) peuvent nous éclairer sur cette dernière question :

[...] Comme le mentionnent Horenstein et al. (1973), les intervenants ont tendance à identifier des problèmes auxquels les clients ne font pas attention. Les mères, laissées à elles-mêmes, peuvent se voir d'une façon plus positive. Dans la même lignée, les résultats de l'étude d'Andrews et Withey (1976) ont démontré que les gens tendent à avoir un biais négatif des autres parents pour se comparer, dévalorisent les autres parents et développent ainsi une meilleure image d'elles-mêmes. Ceci les porterait à s'attribuer davantage de compétences. (voir Beauchemin, 1996 p.86)

Considérant les propos tenus par Horenstein, Andrews, Withey et leurs collègues (1973, 1976), il s'avère illogique de penser que les mères ont fait plus de demande les concernant par désirabilité sociale à cause de l'image négative que cela engendrait. Éliminant cette possibilité, pouvons-nous affirmer pour autant qu'à cause de leur participation aux ateliers les mères sont davantage concernées par leur manque de soutien personnel et davantage conscientes de leurs rôle actif dans le devenir de leur enfant? Est-ce plutôt qu'à travers le vécu commun des ateliers les parents perçoivent leur enfant comme moins perturbant par comparaison aux autres enfants du groupe? Ou encore, est-ce plutôt que les difficultés de l'enfant pèsent moins lourd sur la balance qu'initialement?

Il s'avère plutôt difficile de trancher en faveur de l'un ou l'autre de ces explications étant donné que nos instruments de mesure ne permettaient pas d'effectuer cette distinction. Cependant, à travers les réponses fournies par les participants, il apparaît que non seulement un processus d'aide s'est élaboré entre les deux prises de mesure mais qu'également un réseau d'échange s'est mis en place. Ceci nous amène à penser que ce n'est pas uniquement les acquisitions de l'enfant qui expliqueraient cette mutation des demandes. Dans le contexte des ateliers, les parents ont été appelés à jouer un rôle *inter-actif*. Il ne faut pas perdre de vue que les rencontres «parents» s'effectuaient en groupe. Le contexte était donc propice à l'établissement d'échanges «éducatifs» entre chaque parent et l'intervenant, mais également à des échanges informels entre les parents. Citons, à titre d'exemple, une mère qui a dit «j'ai appris que je n'étais pas seule dans cette situation». Lorsqu'on examine de plus près le contenu des demandes, on remarque qu'initialement celles-ci étaient davantage à l'intérieur des limites de la famille et concernaient le fonctionnement même dans la famille. Suivant la participation aux ateliers, on dénote que les enfants sont davantage comparés à d'autres enfants par leurs parents. Par exemple, suite à la participation aux ateliers, on dénombre plus de mères qui désirent évaluer le développement global de leur enfant.

Un parallèle peut être établi entre le passage de la première à la seconde cybernétique de l'approche systémique et la tendance inverse que l'on observe dans la formulation des demandes. Comme l'intervenant dans la première cybernétique, le parent agit comme s'il était un observateur extérieur à ce que vit l'enfant lorsqu'il

formule sa demande initiale. Il ne fait qu'amener son enfant, le porteur de symptômes, à un organisme externe mandaté pour enrayer les comportements symptomatiques. Cette demande initiale s'apparente au modèle bio-médical. D'un autre côté, comme l'intervenant dans la seconde cybernétique, il semble qu'à travers les ateliers le parent fût appelé à jouer un rôle d'observateur-participant. Les divers contextes d'échanges entre parents, intervenants-parents et parents-enfants ont favorisé l'émergence de nouvelles préoccupations chez les mères. D'abord, les échanges permettent au parent de se percevoir comme un être de ressource et de besoin. À travers les ateliers «parents», les mères retrouvent un espace pour parler de leur personne en tant que parent, mais également en tant qu'adulte. Ceci permet aux femmes de se sentir en contact avec elles-mêmes, de se donner de l'importance et de s'inclure dans les défis psycho-évolutifs auxquels leur famille est confrontée. Ensuite, en participant à des ateliers «parent-enfant» en compagnie de d'autres familles, les mères ont eu accès à un répertoire varié de modèles parentaux. Chaque parent a été confronté à des modèles similaires et différents. Selon nous, les modèles parentaux similaires sécurisent le parent en lui permettant de se reconnaître à travers les autres, de normaliser son expérience personnelle et de briser l'isolement. Pour leur part, les modèles parentaux différents donnent accès à d'autres alternatives. Les mères peuvent ainsi observer comment d'autres façons d'être et d'agir.

En somme, les résultats semblent indiquer que les services offerts orientent la demande d'aide au cours du processus d'aide et non seulement avant d'entreprendre le processus comme le prétend Onnis (1984). La différence observée entre les deux prises de mesure semble être attribuable à une multitude de facteurs : le cheminement de l'enfant, le cheminement du parent, l'influence de l'intervenant, l'ouverture quant à des demandes initialement implicites et les échanges entre les parents. Toutefois, considérant les limites de la méthode de recherche employée, nous ne sommes pas en mesure d'identifier si l'un ou l'autre de ces facteurs a été plus marqué.

#### La Méthode de Recherche : Quelques Considérations

Nous portons maintenant notre attention sur des questions méthodologiques. Certaines critiques peuvent être faites à l'égard de la méthode employée dont les principales concernent les instruments de mesure, la méthode de collecte des données ainsi que la possibilité de généralisation des résultats. Or, il ne faut pas perdre de vue que cette recherche est qualitative et à ce titre doit répondre aux critères qui régissent ce type d'étude.

Une des limites importantes de la présente étude concerne les questions employées afin de recueillir les données relatives à la demande d'aide. Une première limite qu'il convient de souligner concerne le choix des questions puisque celui-ci comporte un certain caractère aléatoire. En fait, on constate qu'aucun *a priori* explicite



n'a guidé le choix des questions relatives à la demande d'aide dans l'étude en cours. Il n'en tenait qu'à l'auteur et l'assistante de recherche du GREDEF ayant collaboré à la construction de l'ensemble des questionnaires de déterminer le contenu des questions. Rappelons que cette étude s'inscrit dans un domaine bien peu documenté. Pour sa part, Patton (1980) prétend que toute analyse qualitative revêt un caractère foncièrement inductif, d'où des stratégies qui ne reflètent aucune préconception quant à la nature du contenu de l'objet étudié. Comment discerner le rôle joué par le contenu des questions dans la formulation des demandes parentales?

Un second aspect pouvant être critiqué a trait à la distance qui sépare la collecte des données de l'analyste. Normalement, un des points culminant de l'analyse qualitative concerne la proximité entre l'analyste et les données. Comme le souligne Patton (1980) : «*The evaluator using qualitative methods attempts to understand the setting under study through direct personal contact and experience with the program.*» (p.43) Or, dans l'étude en cours, on assiste à deux niveaux d'interprétation superposés l'un à l'autre. D'abord, il a fallu que l'intervenant du CLSC ou l'assistant de recherche du GREDEF interprète les demandes verbalisées par les parents et les transcrive sur papier. Ensuite, dans un second temps, l'auteur et les deux assistants de recherche ont dû interpréter ces transcriptions pour, à leur tour, en extraire un sens. À notre avis, ceci soulève une question de fond en ce qui a trait au «monde» de la recherche: Est-ce que la proximité (de l'objet d'analyse) et la mise à distance (de l'analyste) sont deux antagonistes de la recherche ou peuvent-ils cohabiter? D'une part, si on soutient que

ces deux concepts sont diamétralement opposées, on ne jugera que par l'un ou l'autre. Par exemple, dans une perspective se rattachant davantage au devis expérimental, le fait que l'auteur soit un élément externe au programme constitue un moyen de contrôle essentiel, voire une condition *sine qua non*. D'autre part, si on croit à une possibilité de cohabitation une question se pose à nouveau: Comment se maintenir à proximité des données brutes tout en préservant une objectivité suffisante?

Finalement, nous devons émettre certaines réserves quant à la possibilité de généralisations des résultats. Tout d'abord, il faut mentionner que le but de la recherche qualitative n'est pas en soi de d'élaborer des postulats généraux comme c'est le cas pour les recherches quantitatives. La recherche qualitative consiste plutôt à examiner un contexte particulier afin de le décrire, d'émettre des hypothèses ou encore d'alimenter une réflexion. Gardant ceci à l'esprit, regardons maintenant la validité externe de la présente recherche.

Un des facteurs qui oblige à beaucoup de réserve quant à la généralisation des résultats concerne la représentativité de population de recherche. La possibilité de généraliser les résultats et les conclusions à des personnes autres que l'échantillon de recherche doit être écartée. On dénote que la population est relativement homogène, non tant par les caractéristiques socio-démographiques que par un désir commun de recevoir une aide. Ainsi, une pré-sélection des participants a été effectuée en fonction

d'une intention commune, plutôt que par une technique de hasard, ce qui soulève une limite importante quant à la validité externe. Le milieu déterminé comporte sa propre sous-culture avec ses propres caractéristiques, croyances, valeurs et défis. La seule façon de garantir des conditions acceptables de généralisation des résultats consisterait à vérifier la valeur des hypothèses émises à partir de contextes et de populations variées ou encore par le recours complémentaire à des méthodes expérimentales. L'ensemble de notre démarche de recherche soulève la pertinence de tester à nouveaux ces hypothèses, d'en formuler de nouvelles et de les soumettre à de sérieuses validations.

## Conclusion

La présente étude avait comme objectif d'analyser la demande d'aide des parents collaborant à un programme d'intervention précoce «les ateliers Cali-jours». Plus spécifiquement, cette recherche avait pour but de répondre à deux questions en regard aux ateliers: (1) Qu'est-ce que contient la demande initiale?; (2) Est-ce que le contenu de la demande se modifie, voire évolue, du moment de la demande initiale au moment du Suivi (1 an)?

Les résultats concernant la première question démontrent qu'un pourcentage élevé des demandes initiales ont trait au contrôle et de la communication des limites. C'est dire à quel point le thème des «limites» est prêt des préoccupations actuelles des familles.

Pour ce qui concerne l'évolution des demandes d'aides, on dénombre initialement plus de demandes concernant l'enfant bien qu'on observe un rapport inverse au moment du Suivi. Partant de l'idée qu'un processus d'aide et un réseau d'échange se sont élaborés entre les deux prises de mesure, il s'avère difficile d'identifier sur quels éléments repose l'évolution de la demande d'aide: sur le cheminement de l'enfant, le cheminement du parent, l'influence de l'intervenant, l'ouverture quant à des demandes initialement implicites, les échanges entre les parents ou encore l'adhésion aux services offerts. À la lueur des écrits et de notre démarche personnelle, nous répondrions que la plupart de ses aspects ont probablement affecté de

près ou de loin la demande subséquente. En somme, nous dirions que la différence observée entre les deux prises de mesure est attribuable à une multitude de facteurs.

L'ensemble de la démarche soulève quelques pistes intéressantes. D'une part, l'importance qu'accordent les parents face aux limites et au contrôle mérite d'être prise en considération dans les différents programmes de soutien auprès des familles. D'autre part, nos résultats confirment toute l'importance que l'intervention ne soit pas uniquement axée sur l'enfant mais également sur le parent. Les parents ont besoin de se rencontrer afin qu'ils aient un espace pour s'exprimer et se comparer aux autres. La dimension collective d'un programme d'intervention précoce est certes un atout.

Au delà des questions posées, cette préoccupation pour les limites reflète l'urgence et la nécessité de reconnaître l'exigence du rôle de parent et la forte pression exercée sur les familles par les bouleversements de notre contexte économique, culturel et social.

L'intervention précoce et la prévention constituent sans aucun doute des enjeux qui doivent être prioritaires. De nombreuses études soutiennent et documentent les coûts humains et sociaux engendrés par des conditions de vie défavorable et un manque de soutien approprié.

Bien que modeste, notre étude a cherché à mieux comprendre et décrire les demandes initiales de services formulées par un échantillon de jeunes parents. Nous sommes maintenant davantage conscients de l'exigence que requière une démarche de recherche comme celle que nous avons entreprise. Il nous apparaît essentiel que d'autres études s'intéressent à cette problématique. Des chercheurs et des intervenants y trouveraient leur compte.

## Références



- Abramowitz, S.I., Fischer, E.H., & Winer, D. (1983). Seeking Professional help for psychological problems. In B.M. DePaulo, J.D. Ficher, & A. Nadler (Éds), New directions in helping: Applied perspectives on help-seeking and receiving. (Vol.3), New York: Academic Press.
- Ahola, T., & Furman, B. (1988). Return of the question "Why": Advantages of exploring pre-existing explanations. Family Process, 27, 395-409.
- Alary, J., & Éthier, L.S. (1996). Comprendre la famille : actes du 3<sup>e</sup> Symposium québécois de recherche sur la famille. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Andolfi, M. (1982). La thérapie avec la famille. Paris: ESF.
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., & Nicolo, A.M. (1985). La forteresse familiale. Paris: Dunod.
- Aponte, H. (1980). Thérapie familiale et communauté. Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratique de Réseaux, 17-29.
- Ausloos, G. (1981). Systèmes-homéostase-équilibre. Thérapie Familiale, 2(3), 187-203.
- Ausloos, G. (1983). Finalités individuelles, finalités familiales : ouvrir des choix. Thérapie familiale, 4(2), 207-219.
- Ausloos, G. (1986). Symptôme, système et psychopathologie. Système Humains, 2(1), 97-104.
- Ausloos, G. (1991). Collaborer c'est travailler ensemble. Thérapie Familiale, 12(3), 237-247.
- Ausloos, G. (1995). La compétence des familles: temps, chaos, processus. Ramonville-Saint-Anne: Eres.
- Beauchemin, M.J. (1996). Étude de perception de l'impact et de satisfaction auprès des mères du projet apprenti-sage. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à trois-Rivières.

- Bellerose, C., Cadieux, E., & Johnson, E. (1989). Et la santé ça va? Monographie 4: Les familles monoparentales. Québec: Les Publications du Québec.
- Blake, R., Crabtree, B.F., McWhinney, I.R., Miller, W.L., & Zyzanski, S.J. (1992). Qualitative research: Perspective on the future. In B.F. Crabtree & W.L. Miller (Éds), Doing qualitative research. Newbury Park: Sage.
- Blanchet, L., Desmarais, D., Mayer, R., & Roy, L. (1981). Un modèle d'intervention en réseau au Québec. Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux, 109-117.
- Blanchet, L., Laurendeau, M.C., Paul, D., & Saucier, J.F. (1993). La prévention et la promotion en santé mentale: Préparer l'avenir. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Benoit, J.C. (1995). Le traitement des désordres familiaux. Paris: Dunod.
- Bouchard, C. (1994). La contribution de la recherche à la rédaction d'Un Québec fou de ses enfants : importance, relative et menacée! In G. Pronovost (Éds), Comprendre la famille : actes du 2<sup>e</sup> symposium québécois de recherche sur la famille. (pp.401-407). Presses de l'Université du Québec.
- Bourassa, B., & Rochers, H. (1989). La demande par delà la mandat...Etude de la demande en milieu institutionnel pour jeunes en difficulté d'adaptation. Thérapie Familiale, 10(2), 163-173.
- Brody, H. (1992). Philosophic approaches. In B.F. Crabtree & W.L. Miller (Éds), Doing qualitative research.(pp.174-185). Newbury Park: Sage.
- Burke, R. J., & Weir, T. (1979). Helping responses of parents and peers and adolescent well-being. Journal of Psychology, 102, 49-62.
- Carr, A. (1990). Failure in family therapy: A catalogue of engagement mistake. Journal of Family Therapy, 12, 371-386
- Cecchin, G. (1987). Hypothesing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. Family Process, 26(4), 405-413.
- Chamberland, C., Dallaire, N., Fréchette, L., Lindsay, J., Hébert, J., Cameron, S., & Beaudoin, G. (1996). Promotion du bien-être et prévention des problèmes sociaux chez les jeunes et leur famille : portrait des pratiques et analyse des conditions de réussite. Montréal.

- Colletta, N.D. (1987). Correlates of young mothers' network orientations. Journal of Community Psychology, 15, 149-160.
- Cox, A., Dare, J., & Hemsley, R. (1995). A comparison of individual and family approaches to initial assessment. European Child and Adolescent Psychiatry, 4(2), 94-101.
- Denton, W. (1990). A family systems analysis of DSM-III-R. Journal of Marital and Family Therapy, 16(2), 113-125.
- DePaulo, B.M. (1982). Social psychological processes in informal help seeking. Dans Basic processes in helping relationships. New York : Academic press.
- Dillon, D.R., Moon, S.M., & Sprenkle, D.H. (1990). Family therapy and qualitative research. Journal of Marital and Family Therapy, 16(4), 357-373.
- Duruz, N. (1987). L'approche systémique dans le cadre d'une consultation d'orientation scolaire et professionnelle. Revue Canadienne de Psycho-Éducation, 16(1), 23-30.
- Edmond, M., & Picard, D. (1984). L'école de Palo Alto. Paris: Retz.
- Elkaïm, M. (1985). Formation et pratiques en thérapie familiale. Paris: ESF.
- Ellis, S., Kressel, K., & Slipp, S. (1974). Factors associated with engagement in family therapy. Family Process, 13, 413-428.
- Éthier, L. (1983). L'approche systémique et intervention familiale. Revue Canadienne de Psycho-Éducation, 12(2), 83-92.
- Farber, S.S., Felner, R.D., Jason, L.A., & Moritzsugu, J.N. (1983). Prevention psychology: Theory, research and practice. New-York: Pergamon Press.
- Gagné, J. (1994). Les comptes rendus: La prévention et la promotion en santé mentale (Blanchet, Laurendeau, Paul & Saucier, 1993). NPS, 7(1), 257-261.
- Gauthier, P. (1988). Manuel québécois de psychologie communautaire. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- Gilchrist, J.V. (1992). Key informant interviews. In B.F. Crabtree & W.L. Miller (Éds), Doing Qualitative Research (Vol. 3), (pp. 70-89). Newbury Park: Sage.
- Gray, S.W., & Wandersman, L.P. (1980). The methodology of Home-based intervention studies: Problems and promising strategies. Child Development, 51, 993-1009.

- Green, J.R. (1988). Impasse and change: A systemic/strategic view of the therapeutic system. Journal of Marital and Family Therapy, 14(4), 383-395.
- Griffith, J.L., Griffith, M.E., & Slovik, L.S. (1990). Mind-Body Problems in family therapy: Contrasting first- and second-order cybernetics approaches. Family Process, 29, 13-28.
- Guay, J. (1987). Manuel québécois de psychologie communautaire. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- Guay, J., Kiely, M., Lavoie, F., & Papillon, S. (1985). Soins et programmes préventifs en santé mentale communautaire. Éditions GREME, Département des Sciences de l'éducation, Université du Québec à Rimouski.
- Guay, J., & Lapointe, Y. (1985). Document d'initiation aux types d'intervention communautaire. Sainte-Foy: Centre de recherche sur les services communautaires, Université de Laval.
- Henggeler, S., & Borduin, C. (1989). Mind-body problems in family therapy: Contrasting first- and second- order cybernetics approaches. Family Process, 29, 13-28.
- Huberman, A.M., & Miles, M.B. (1991). Analyse des données qualitatives: Recueil de nouvelles méthodes. Bruxelles: de Boeck.
- Ionescu, S. (1991). Quatorze approches de la psychopathologie. Paris: Nathan.
- Institute of Medicine (1994). Reducing de risks of mental disorders : Frontiers for preventive intervention research. Washington : National academy press.
- Johnson, N.A., White, N.A., & Willms (1992). A qualitative study of family practice physician heath promotion activities. In B.F. Crabtree & W.L. Miller (Éds), Doing qualitative research. (Vol. 3), (pp.189-204.) Newbury Park: Sage.
- Jutras, S., & Dandurand, R.B. (1994). Monoparentalité et santé: Problème de santé et de mobilisation de ressources d'assistance suite à la désunion. Journal International de Psychologie, 29(1), 1-17.
- Kanouse, D.E., Kelley, H.H., Jones, E.E., Nisbett, R.E., Valins, S., & Weiner, B. (1987). Attribution: Perceiving the causes of behavior. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Kérisit, M., & St-Amand, N. (1994). Familles-problèmes ou familles ressources. Approches alternatives auprès des familles démunies. In G. Pronovost (Éds), Comprendre la famille : actes du 2<sup>e</sup> symposium québécois de recherche sur la famille. (pp.49-71). Presses de l'Université du Québec.
- Kourany, R.F.C., Garber, J., & Tornusciolo, G. (1990). Improving first appointment attendance rates in child psychiatry outpatients clinics. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 657-660.
- Krauss, M.W., Ramey, S.L., & Simeonsson, R.J. (1989). Research on families: Current assessment and future opportunities. American Journal on Mental Retardation, 94(3), ii-vi.
- Lamoureux, A. (1992). Une démarche scientifique en sciences humaines : méthodologie. Laval : Éditions études vivantes.
- L'Écuyer, R. (1990). Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi. Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- Legendre, R. (1998). Dictionnaire actuel de l'éducation. Paris: Larousse.
- Maanen, J.V. (1979). Qualitative methodology. Beverly Hills: Sage.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990). Une réforme axée sur le citoyen. Gouvernement du Québec: MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1993). Situation des ressources et services du C.L.S.C. auprès des enfants de 0-11 ans (et leur famille). Gouvernement du Québec: MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1995). Maintenant et pour l'avenir... la jeunesse: Guide de soutien à l'implantation du plan d'action jeunesse à l'intention de la régie régionale et de ses partenaires. Gouvernement du Québec: MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). La pauvreté au Québec: Situation par région sociosanitaire et district de C.L.S.C.. Québec: MSSS.
- Ministère de l'éducation du Québec (1978). L'école québécoise: Énoncé de politique et plan d'action. Québec: MEQ.
- Mucchielli, R. (1974). L'analyse de contenu des documents et des communications: connaissance du problème. Paris: ESF.

- Nadler, A. (1991). Help seeking behavior: Psychological costs and instrumental benefits. Review of Personality and Social Psychology, 12, 290-311.
- Neuburger, R. (1990). Éthique de changement, Éthique du choix: Introduction à une thérapie familiale constructiviste. In B. Prieur & Y. Rey (Éds), Systèmes, éthique, perspectives en thérapie familiale. Paris: ESF
- Ninacs, B. (1994). Le développement local. Enjeux et défis des corporations de développement communautaire. In L. Favreau, R. Lachapelle & L. Chagnon (Éds), Pratiques d'action communautaire en CLSC, acquis et défis d'aujourd'hui. (pp. 133-148). Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Onnis, L. (1980). La thérapie familiale dans les institutions et dans les services territoriaux: Utilité et limites. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2, 39-49.
- Onnis, L. (1984). Le "système demande": La formulation de la demande d'aide selon une perspective systémique. Thérapie Familiale, 5(4), 341-348.
- Onnis, L. (1991). Le renouvellement épistémologique de la thérapie systémique: Influence actuelles sur la théorie et la pratique. Thérapie Familiale, 12(2), 99-109.
- Patton, M.Q. (1978). Utilization-focused evaluation. Berverly Hills, Californie: Sage.
- Patton, M. Q. (1980). Qualitative évolution méthodes. Berverly Hills, Californie: Sage.
- Pauzé, R., Basque D., Bouchard, M., Chagnon F., Dalpé, A., Gagnon M. Laviolette, O., Mercier, J., Roy L. (1987). Processus d'hypothétisation systémique: ou l'art de poser des questions pertinentes plutôt que de donner des réponses. Centre d'orientation et de réadaptation de Montréal. Montréal, 2, 17-27.
- Pauzé, R., & Roy, L. (1989). Hypothèse initiale: Tentative d'ancrage dans le flot turbulent des événements. In J. Pluymakers (Éds), Familles, institutions et approche systémique. Paris: ESF.
- Pauzé, R., & Cotnarianu, P.A. (1991). L'évolution de la notion de symptôme en thérapie familiale au cours des années 1980-1988. Thérapie familiale, 12(1), 45-53.
- Perreault, D., Grondin, D., & Forest C. (1996). Participation sociale des aînés pour soutenir les jeunes familles avec enfants de 0 à 5 ans. Premier bilan d'une expérience novatrice en prévention familiale. In J. Alary & L. Éthier (Éds), Comprendre la famille: actes du 3<sup>e</sup> symposium québécois de recherche sur la famille. (pp.131-139). Presses de l'Université du Québec.

- Piéron, H. (1990). Vocabulaire de la psychologie. Paris: Presses universitaires de France.
- Pineault, C., & Poulin, C. (1983). La stimulation précoce dans les programmes d'activités pour les jeunes enfants du Québec. Apprentissage et Socialisation, 6(2), 4-12.
- Pluvinage, P. (1982). Le patient désigné. Les feuillets psychiatriques de Liège, 15(2), 193-207.
- Poisson, P. (1991). Réflexion sur l'idéologie et l'évolution des réponses d'un centre de consultation familiale. In B. Prieur & Y. Rey (Éds), Systèmes, éthique, perspectives en thérapie familiale. Paris: ESF.
- Pronovost, G. (1994). Comprendre la famille : actes du 2<sup>e</sup> Symposium québécois de recherche sur la famille. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Quatraro, G.K., Phillips, J.R., & Rennie D.L. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? Canadian Psychology, 29(2), 139-150.
- Raviv, A., Maddy-Weitzman, E., & Raviv, A. (1992). Parents of adolescents: help-seeking intentions as a function of help sources and parenting issues. Journal of Adolescence, 15, 115-135.
- Searight, H.R., & Young, R. (1994). Qualitative research and family systems medicine: A natural fit. Family Systems Medicine, 12(2), 117-131.
- Selvini Palazzoli, M. (1984). Le contexte scolaire et ses otages. Paris: ESF.
- Selvini Palazzoli, M. (1987). Histoire d'une recherche. Paris: ESF.
- Sidney, L. (1991). Who is the patient in modern analytic family therapy : a modern psychoanalytic perspective. Modern-psychoanalysis, 16(2), 169-182.
- Telleen, S. (1990). Parental beliefs and help seeking in mothers use of community-based family support program. Journal of Community Psychology, 18, 264-276.
- Trudelle, D. (1987). L'interventin précoce: Modèle et outil d'intervention. Mémoire de maîtrise inédite, Université du Québec à Rimouski.
- Veroff, J.B. (1981). The dynamics of help-seeking in men and woman. Psychiatry, 44, 189-200.

- Vatz Laaroussi, M. (1994). Stratégies familiales : pour un travail social avec les familles. In G. Pronovost (Éds), Comprendre la famille : actes du 2<sup>e</sup> symposium québécois de recherche sur la famille (pp. 73-87). Presses de l'université du Québec.
- Vatz Laaroussi, M., & Hurtubise, R. (1996). Famille et intervention : de l'idéologie du problème. In J. Alary & L. Éthier (Éds), Comprendre la famille : actes du 3<sup>e</sup> symposium québécois de recherche sur la famille (pp.207-220). Presses de l'Université du Québec.
- Watzlawick, P., Beavin J.H., & Jackson, D.D. (1972). Une logique de la communication. Paris: du Seuil.



## Appendices

## Appendice A

# QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE D'ACCUEIL

Recherche conjointe  
*menée par*

LES ATELIERS CALIJOURS

*et*

LE GREDEF

*Ercilia Palacio-Quintin  
Colette Jourdan-Ionescu  
Jean-Pierre Gagnier*

Numéro de participant :

---

Groupe :

---

Nom de l'évaluateur :

---

Date de l'évaluation :

---

---

---

N° de dossier de l'enfant cible :

---

Enfant cible (initiales)

---

Sexe de l'enfant cible :

---

Date de naissance :

---

N° de dossier du répondant :

---

Répondant (initiales) :

---

Lien avec l'enfant :

---

Date de naissance :

---

Motif de consultation :

---

## Appendice B

## QUESTIONNAIRE DU SUIVI (1 AN)

Recherche conjointe  
*menée par*

LES ATELIERS CALIJOURS

*et*

LE GREDEF

*Ercilia Palacio-Quintin  
Colette Jourdan-Ionescu  
Jean-Pierre Gagnier  
Renèle Désaulniers*

Numéro de participant : \_\_\_\_\_  
Groupe (mois et année): \_\_\_\_\_  
Nom de l'évaluateur : \_\_\_\_\_  
Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

---

---

N° de dossier de l'enfant cible : \_\_\_\_\_  
Enfant cible (initiales) \_\_\_\_\_  
Sexe de l'enfant cible : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
N° de dossier du répondant : \_\_\_\_\_  
Répondant (initiales) : \_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_

## Appendice C

ENTREVUE D'ACCUEIL      numéro du participant (ex : #1) : motif de consultation?

SUIVI (1 an)

Q5: Quelle sorte d'aide vous vouliez aller chercher en vous inscrivant aux ateliers Calijours?

Q6: Quelle aide avez-vous reçue ou trouvée en participant aux ateliers Calijours?

- #1      M: accorde 5 min. d'attention/jours à son fils  
           E: que l'enf. aille vers un enf. de son âge et joue avec lui
- #1      - enf. timide avec autres enfs.  
 Q5      - ne voulait pas jouer avec les autres
- #1      - mère a vu comment l'enf. se dév. avec les autres et  
 Q6      a vu que se n'était pas si pire que ça  
           - à l'école ça va bien
- #2      M: aug. son calme de 50% et diminuer ses crises de 50%  
           E: diminuer ses crises de 50% et arrêter de se cogner la tête à 75%
- #3      M: suite à une demande de l'enf. répéter seulement 2 fois  
           E: ne plus lancer d'objets lorsque frustré
- #4      M: répéter 5 fois au lieu de 10  
           E: diminuer de 50% pleurs et cris
- #5      M: se faire répondre par l'enf. sans cris 25%-60%  
           P: se faire répondre par l'enf. sans cris 0 %- 50%
- #6      M: accepter que l'enf. pleure lors des séparations  
           E: apprendre à jouer avec d'autres enfs.
- #6      - pour aider le langage de l'enf.  
 Q5      - pour le dégêner

- #6 (l'enf. s'est amélioré dans son langage et cpt.  
Q6 par un orthophoniste)
- #9 M: Diminuer de 50% les menaces et les cris  
E: diminuer de 50% les menaces verbales, les coups  
du poing et de frapper ses soeurs
- #9 - support émotionnel: enf. agité, dur "ruff"  
Q5 - mère était rendue mauvaise: besoin d'aide  
désespérée
- #9 - trucs, pas personne n'a calmé l'enf. s'améliore  
Q6 - mère est aller chercher des ressources, puis elle  
s'est calmée - enf. fonctionne bien en gr. sans contraintes
- #10 M: Diminuer de 20% les cris  
E: diminuer de 20% les cpts. agressifs (bouscules, cris, morsures)
- #10 - pour améliorer le caractère agressif  
Q5 - pour pleurs de l'enf.